جامعة الجزائر

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين" و علاقتها بمستوى القلق و الاكتئاب لدى المعاقين حركيا

مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس الاجتماعي

من إعداد
بغيجة لياس

تحت إشراف
الأستاذ بلمان فرحات

السنة الجامعية 2005-2006

فهرس العناوين:

العنوان الصفحة
- كلمة الشكر
- الإهداء
- المقدمة
- الإشكالية :.......... 06
- الفرضيات:.......... 11
- تحديد المفاهيم:.......... 12

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

الإعاقة

- تمهيد.......... 17
1- مفهوم الإعاقة.......... 17
2 - تصنيفات الإعاقة.......... 19
3 - مفهوم الإعاقة 21
4 - الإعاقة الحركية.......... 25
4 -1 مفهوم الحركة الإعاقة.......... 26
4 - 1 - 1 العاهة.......... 29
5 - مكونات السلوك الحركي 29
6 - أنواع الإعاقة 30
6 - 1 الإعاقة الحركية الخلقية.......... 30
6 - 2 الإعاقة الحركية المكتسبة.......... 31
7 - احتياجات المعاقين.......... 32
8 - المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية.......... 34
8 - 1 المشكلات النفسية.......... 34
8 - 2 المشاكل الاجتماعية.......... 35
8 - 3 المشاكل الاقتصادية.......... 37
8- 4 المشاكل التعليمية 37
8 - 5 المشاكل الطبية و العلاجية.......... 39
8 - 6 مشاكل التأهيل المهني.......... 39
8 - 7 مشاكل الحواجز البنائية.......... 39

9 - الضغوطات التي يتعرض لها المعاقين و أسرهم..41
10 - العوامل المؤثرة على استجابة المعاقين حركيا..43

11 - أهمية الجماعة في حياة المعاق 46
12 - صراع القيم لدى المعاقين 46
13 - الإعاقة مشكلة عالمية 47
14 - المرأة و الإعاقة 48
15 - الدراسات السابقة..50

الفصل الثاني :

الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين"

المبحث الأول:

الضغط النفسي

تمهيد:..58
1 - مفهوم الضغط النفسي..58
1 - 1 مصطلح الضغط..61
1 - 2 تاريخ مصطلح الضغط 62
2 - مصادر الضغوط النفسية 64
2 - 1 :الضغوط المادية..64
2 - 2 : الضغوط النفسية الاجتماعية 65
3 - الخبرات الحياتية و الضغط النفسي 68
4 - أبعاد الضغط النفسي 69
5 - أنواع الضغوط 70
6 - أعراض الضغوط 71
6 -1 : الأعراض الجسدية 72
6 -2 : الأعراض الانفعالية 72
6 - 3 :الأعراض الذهنية 73
6 - 4 : الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية 73
7 - نظريات الضغط النفسي...73
7 - 1 : النظريات الفيزيولوجية للضغط النفسي..74
7 - 1 - 1 : نظرية " والتر كانون" 75
7 - 1 - 2 : نظرية هانز سيلي 75
7 - 2 : نظرية علم النفس الاجتماعي للضغط...78
7 - 3 : نظرية علم النفس المعرفي للضغط 81
7 - 4 : نظرية مواري للضغط النفسي 85

7 - 5 : نظرية كوبر للضغط النفسي...85
8 - علاقة الشخصية بالضغوط النفسية 86
9 - علاقة الضغط النفسي بالقلق..89
10 - علاقة الضغط النفسي بالاكتئاب...90

المبحث الثاني :

استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية الكوبين

تمهيد 93
1 - تعريف استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين" 94
1 -1 جذور مصطلح الكوبين 95
2 - التناول النظري لاستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين" 96
2 - 1 : النموذج الحيواني 96
2 - 2 : نموذج علم النفس للانا 97
2 - 3 : النموذج التفاعلي لاستراتيجيات الكوبين " لي لازاروس و فوكمان " 98
2 - 3 - 1 : التقييم المعرفي 99
2 - 3 - 1 - 1 : التقييم المعرفي 100
2 - 3 - 1 - 2 : التقييم الثانوي 100
2 - 3 - 2 : التحكم الفعلي 102
3 - أنواع استراتيجيات " الكوبين" ووسائل قياسها 104

الفصل الثالث :

القلق

تمهيد 115
1 - لمحة تاريخية عن مفهوم القلق 115
2 - تعريف القلق 119
3 - طبيعة انفعال القلق 121
4 - مكونات القلق 122
5 - صادر القلق و أسبابه 124
6 - أنواع القلق 125
7 - تصيف اضطراب القلق 138
8 - مراحل المرض 140
9 - إعراض القلق 142

9 - 1 : الأعراض البد نية 142
9 - 2 : الأعراض النفسية 142
10 - نظريات القلق 143
10 - 1 : نظرية " فرويد" للقلق 143
10 - 2 : نظرية القلق عند " اتورنا ك " 145
10 - 3 : تفسير القلق عند " ماي " 145
10 - 4 : تفسير القلق عند كارل يونج 146
10 - 5 : تفسير القلق عند " الفرد ادلر " 146
10 - 6 : تفسير القلق عند " هاري ستاك سوليفان " 146
10 - 7: تفسير القلق عند كارن هورني 147
10 - 8: تفسير القلق من خلال النظرية السلوكية 148
10 - 9: تفسير القلق عند دولارد و ميللر 149
10 - 10 : النظرية البيولوجية في تفسير القلق 149
10 - 11 : النظرية المعرفية في تفسير القلق 150
10 - 12 : تفسير القلق عند " كاتل " و " شير " 151
10 - 13 : نظرية " سبيلبرجر" للقلق 151
11 - أبعاد القلق 153
12 - علاقة الشخصية باضطراب القلق 154
13 - قياس القلق 156
14 - علاج القلق 158

الفصل الرابع :

الاكتئاب

تمهيد 162
1 - لمحة تاريخية عن مفهوم الاكتئاب 163
1 - 1 : مفهوم الاكتئاب 163
1 - 2 : تعريف الاكتئاب النفسي 164
2 - الاكتئاب في حياتنا المعاصرة 166
3 - دراسة الاكتئاب 168
3 - 1 : الاكتئاب و علاقته بالجنس 169
3 - 2 : الدراسات العربية حول الاكتئاب 171
4 - التعريف على الاكتئاب 174
5 - تصنيف الاكتئاب 175
6 - أعراض الاكتئاب 191
7 - نظريات الاكتئاب 196
7 - 1 : النظرية البيولوجية 197
7 - 2 : نظريات التحليل النفسي 200
7 - 2 - 1 : نقد نظريات التحليل النفسي 202

7 - 3 : النظرية السلوكية 203
7 - 4 : نظرية الاكتئاب كعجز متعلم 204
7 - 5 : النظرية المعرفية 206
8 - قياس الاكتئاب 208
9 - شخصية المكتئب 209
10 - علاج الاكتئاب 210

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الخامس

منهجية البحث

1 - مكان إجراء البحث 216
2 - عينة البحث 216
3 - خصائص عينة البحث 217
4 - وسائل القياس و الخصائص السيكوترومية 219
4 - 1 : قائمة أنماط استراتيجيات التعامل مع الضغوط.......................................219
" الكوبين " لي لازاروس و فوكمان
LAZARUS et FOLKMAN
4 - 1 - 1 : كيفية تطبيق المقياس 221
4 - 2 : قائمة حالة . سمة القلق لي سبيلبرجر 221
4 - 3 : قائمة بيك 224
4 - 3 -1 : كيفية تطبيق المقياس 227
5 - المعالجة الإحصائية 227
6 - نتائج الدراسة الاستطلاعية 230

الفصل السادس

عرض و مناقشة النتائج

1 - عرض نتائج المقاييس 233
2 - عرض نتائج الفرضيات 248
3 - تحليل و مناقشة نتائج الفرضيات 266
4 - الاستنتاج العام 289

المراجع .

1 - قائمة المراجع باللغة العربية .
2 - قائمة المراجع باللغة الفرنسية .

الملاحق

المقدمة

مقدمـــة :

إن المهارة الحركية تلعب دور بالغ الأهمية في حياة الإنسان ، فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات ، في الحياة اليومية و تعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية و المهنية ، و أيضا لها دور حيوي في النمو المعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على التنقل و الحركة و التعامل مع المحيط بكل تعقيداته و تناقضاته ، فحدوث الإعاقة الحركية يعني أن المعاق قد فقد القدرة على القيام ببعض الأعمال حيث لا تقتصر على صعوبة التنقل بل تشمل وظائف الأعضاء الحركية ، فتؤثر بذلك الإعاقة على سلوكات الفرد و انفعالاته حيث يصبح الشعور بالنقص و العجز عاملا فعالا في النفس و تنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد. إن إدراك الفرد لإعاقته تعتبر بدايةأسلسة من الضغوط النفسية و ما يصاحبها من شعور بالغضب و القلق و الإحباط و الحزن و الإكتئاب و الخوف من المستقبل ، فالضغوط النفسية التي تصيب مختلف الأفراد و خاصة المعاقين تتطلب إستجابات تكيفية مع المواقف الحياتية من الصعب مواجهة متطلباتها.و تشير مختلف الدراسات أن الضغوط تؤثر على صحة الفرد و توازنه النفسي ، و تنشأ عنها إضطرابات نفسية تعيق عملية التكيف و تضعف من مستوى آدائه و تخفض من دافعيته و تؤدي به إلى الشعور بالإنهاك و الفشل. إن التعرض لمختلف الضغوطات الحياتية و ما تنتجه من إنفعالات و إضطراب في علاقة الفرد مع غيره ، و تدفع به إلى حالة من القلق و الضيق و التوتر ، تخلق لديه وسائل و أساليب لإستعاب الموقف و التفاعل معه ، فيأخذ أسلوبا في التعامل مع الموقف وفق إستراتيجية نفسية يختارها هو و هذه الوسائل تسمى أساليب التعامل مع الضغوط النفسية أو إستراتيجية الكوبين ، إذ عندما يستعملها الفرد إنما يستجيب بطرق تهدف إلى تجنب الموقف الضاغط أو التقليل من شدته بهدف إحداث التوازن النفسي و الجسدي . لكن مختلف الإستجابات مرتبطة با ستراتجيات التعامل " الكوبين " التي يختارها الأفراد فاستجابة المعاقين لمختلف الضغوط اليومية تختلف و تتباين ، و قد بينت العديد من الدراسات الإرتباط بين العجز الجسدي و الأداء الحركي ، حيث يتضح التفاعل السلبي بين المعاق و البيئة و الآخرين ،

و قد أصبحت الإعاقة تعني في كثير من الأحيان عدم القدرة على أداء مختلف الأنشطة و المهام بالإضافة إلى الحواجز المادية و الإجتماعية التي تزيد من إحساسه بالنقص و العجز و شعره باليأس و القلق و الإكتئاب .

فالدراسة الحالية تهدف إلى إبراز العلاقة بين الإستراتيجيات " الكوبين " التي يستعملها المعاقين حركيا في مواجهة مختلف المواقف الحياتية التي تنتج الضغوط النفسية و علاقة هذه الإستراتيجيات التي يستعملها المعاق بمستوى القلق و الإكتئاب .

و قد إحتوت الدراسات على بابين :

خصصنا الباب الأول للجانب النظرى ، و خصصنب الباب الثاني للجانب التطبيقي .

إشتمل الباب الأول على مقدمة البحث ، فاشكاليته .ثم طرح مختلف فرضياته ، و تحديد المفاهيم الرئيسية ، و يضمن الجانب النظري أربعة فصول ، تطرقنا في الفصل الأول منه إلى الإعاقة من حيث تعريفها ، و تحديد أنواع الإعاقة الحركية ، كما تطرقنا إلى إحتياجات المعاقين و المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية ، و الضغوطات التي يتعرضون لها، و مختلف الإستجابات التي تنتج عنهم و علاقة الإعاقة بمختلف المتغيرات .

أما الفصل الثاني فقد إحتوى على مبحثين ، المبحث الأول تضمن مفهوم الضغط النفسي و مصادره ، و أنواع الضغوط و نظريات الضغط النفسي ، كما تم وصف العلاقة بين الشخصية و الضغوط النفسية و علاقة الضغط النفسي بالقلق و الإكتئاب.

أما بالنسبة للفصل الثالث فقد تضمن مفهوم القلق و مصادره و أنواعه و الأعراض التي يتميز بها كمه تم ذكر مختف النظريات و الرواد الذين نضروا لإضطراب القلق و مختلف التفسيرات التي قدمت حول هذا الإضطراب ، كما تم التطرق إلى علاقة الشخصية بالقلق و كيفية قياس القلق و العلاج منه.

في حين شمل الفصل الرابع إضطراب الإكتئاب حيث تم عرض مختلف التعاريف التي تناولت هذا الإضطراب ، كما تم دراسة الإكتئاب من خلال تقديم مختلف التصنيفات و الأعراض التي ينتجها ، بالإضافة إلى النظريات التي فسرت هذا الإضطراب ، و أخيرا تم تقديم بعض القياسات المستعملة في تحديد الإكتئاب ، و الطرق المستعملة في العلاج من هذا الإضطراب النفسي.

أما الباب الثاني ، فقد تضمن الجانب الميداني للبحث و يتكون من فصلين،خصصنا الفصل الأول لمنهجية الدراسة من خلال ذكر المكان الذي أجريت فيه ، و كيفية إختيار العينة ، و أدوات القياس المستعملة ، و عرض الكيفية المستعملة في المعالجة الإحصائية .

بينما خصصنا الفصل الثاني منه لعرض نتائج الدراسة ثم تحليلها و مناقشتها إعتمادا على الجانب النظري و الدراسات السابقة ، و أخيرا عرضنا خاتمة البحث.

الإشكالية

الإشكاليـــــة :

لا يكاد أي مجتمع من المجتمعات يخلو من وجود أفراد معاقين ، إلا أن الفرق يظهر في طبيعة نضرتها و تعاملها مع هذه الفئة فلكل خصوصياته و منضوماته القيمية و المعايير الإجتماعية التي تحكم سلوكات و تفاعل أفراده ، و تحدد نضرتهم إلى مختلف شؤون الحياة ، و يتعرض مختلف الأفراد إلى مشاكل و صعوبات يومية ، إلا أن حجم و نوعية المشاكل تختلف من فئة إلى أخرى ، و من الفئات التي تواجه مشاكل متعددة و ضغوطات متراكمة فئة المعاقين .

إن نظرة المجتمعات أو الآخرين إلى المعاقين قد تختلف من فترة إلى أخرى وفقا لمجموعة من العوامل و المتغيرات و المعايير ، فتقدم وسائل الحياة و تعقدها أبرز واقعا صعبا إلى المعاقين و أسرهم خاصة على المستوى الإقتصادي و الإجتماعي ، و بهذا يرى **كوفمان** GOFFMAN **(**1972**)** أن الإعاقة وصمة إجتماعية و ثقافية ، يحاول المعنيون إخفائها ، لكن مجرد وجودها يجعلهم في موقف ضعف في تفاعلهم مع الآخرين ، و قد يؤدي إلى إنسحاب جزئي أو كلي من كثير من العلاقات الإجتماعية ، و يضع المعاقين و أسرهم في موقف غير ملائم و غير طبيعي " .

و ينظر إلى الشخص المعاق على أنه ذلك الفرد الذي لديه إعاقة في حركته و أنشطته الحيوية نتيجة فقدان أو خلل أة إصابة في مفاصله أو عظامه أو أعضاءه ؛ مما يؤثر على وظائفه الحيوية ، و تعد الإعاقة الجسمية من مظاهر الإعاقة الحركية بصفة عامة ، حيث لها أهمية و ذلك أن كل فرد لديه صورة ذهنية عن جسمه و شكله و هيئته و بالتالي فان حدوث أي خلل أو نقص في هذه الصورة يؤدي إلى ظهور مشكلات نفسية و إجتماعية .

إن الإصابة بالإعاقة لدى الفرد تعتبر بداية لسلسلة من الضغوط النفسية و ما يصاحبها من شعور بالذنب و الخجل و الإكتئاب و الغضب و القلق و الحزن و لوم الذات و إلقاء اللوم على الآخرين ، و الخوف من المستقبل فضلا عن إستبعاد الوالدين لإمكانية بعض النجاحات التي كان يتمناها في إبنته أو ولده و هذا ما يزيد من حدة الإضطرابات و هكذا تختفي الكثير من الآمال و الأحلام و التوقعات المرتبطة بالفرد عندما يدرك أبعاد إعاقته .

فالضغوط النفسية التي تصيب مختلف الأفراد و خاصة ذوي الإعاقات و العاهات المختلفة تتطلب إستجابات توافقية من الصعب مواجهة متطلباتها و بالتالي يتعرض الأفراد إلى ورود إنفعالية و عضوية و عقلية تتضمن مشاعر سلبية .

فموضوع الضغوط النفسية لدى مختلف الأفراد يشكل مجالا واسعا للبحث و التحديد، كما أن التعامل معه يعتبر أكثر تعقيدا نظرا لإختلاف كيفية الإستجابة و التعامل مع هذه الضغوط .

و تشير عدة دراسات أن الضغوط تأثر على صحة الفرد و توازنه النفسي ، و تنشأ عنها آثار سلبية ، كعدم القدرة على التكيف ، و ضغط مستوى الأداء و العجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية ، و إنخفاض الدافعية و الشعور بالإنهاك .

إن إدراك الفرد المعاق للضغط ، يعد من أهم الإستجابات الأولية ، و هو إدراك للتهديد المحتمل في المواقف الضاغطة ، و إعتقاده بقدرته في مواجهة أو تجنب التهديد.

لقد زاد الإهتمام من سنوات بالوسائل و الطرق التي يلجأ إليها الأفراد باختلاف خصائصهم الجسمية و العقلية و الشخصية ، لتجنب مختلف الأخطار التي تواجههم في حياتهم اليومية ، و سمى علماء النفس هذه الوسائل بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية أو إستراتيجيات " **الكوبين** coping " إذ عندما يستعملها الفرد إنما يستجيب بطرق من شأنها أن تساعده على تجنب ذلك الموقف الضاغط بالهرب منه أو التقليل من حده بهدف الوصول إلى معالجة تحدث التوازن النفسي و الفزيولوجي .

إن الحديث عن إستراتيجيات الكوبين يدل على الطريقة التي يحاول بها الفرد التكيف مع الوضعيات الصعبة و أزمات الحياة ،و يرى كل من رأي و آخرون REY et AL **(**1982**)** أن الكوبين يدل على وجود مشكل حقيقي أو متصور، و من جهة أخرى يدل على تهيئة إجابة لمواجهة الحدث، عن **بلهان(**1995**)** .

و أشار **لازاروس و لوني (**1978**)** ، أن الكوبين هو مجموع السياقات التي يضعها الفرد لتحول بينه و بين الحدث الذي يدركه كمهدد ، و هذا من أجل التخفيف من التوتر و الأثر السلبي على الصحة النفسية و الجسدية ، عن **بلهان (**1995**)** .

و بما أن مختلف الإستجابات مرتبطة باستراتيجيات " الكوبين " المستعملة من طرف افراد و من بينهم المعاقين فان إستجاباتهم تكون متباينة في مواجهة ضغوطات الحياة . و

قد أثبتت العديد من الدراسات العلاقة بين العجز الجسدي و الأداء الحركي ، حيث أن المعاق حركيا يكون مقيد في التفاعل مع البيئة التي تعيقه على تحقيق رغباته و تؤثر على شخصيته . إذن فحالة الجسم كمتغير لها تأثير على تفاعل الفرد مع بيئته و مع الآخرين ، فاتجاه الآخرين نحونا و نضرتهم للاعاقة تؤثر كثيرا على مدى الإستجابات النفسية و تفاعلنا مع مختلف الوقائع و الأحداث ، و عليه تتحدد إتجاهات الفرد و إنفعالاته و أحاسيسه.

فالإعاقة تعني في كثير من الأحيان عدم القدرة على إنجاز مختلف الأنشطة و المهام لذا فان الكثير من المهن و الأنشطة ممنوعة على المعاقين ، فتنظيم الحياة الإجتماعية من عمران و وسائل النقل و تصميم الهياكل و الآلات و التجهيزات المختلفة وفق سلم و معايير مسبقة موجهة للأفراد و الجماعات سليمي الجسم و الأعضاء ، و هذا يرهق المعاق نفسيا و يشعره باليأس و القلق و الإكتئاب ...... و يشير **أدلر** ADLER إلى ذلك حيث يرى " أن القصور البدني يستلزم تغيير في الحياة النفسية ، و من أوضح التغييرات التي نلاحضها ؛ عدم الشعور بالأمن في كثير من المواقف ، و عدم الإطمئنان و القلق ناتجة عن التنظيم الكلي للحياة "

و نرى كذلك أن شدة الإنفعالات لدى المعاقين لا تتناسب مع شدة الإصابة ، فهناك من يصورون المواقف أكبر من حجمها ، فيصابون بالذعر لأبسط المواقف الحياتية ، فيصابون بالهواجس و المخاوف و القلق ، ، في حين نجد آخرين لديهم عاهات تعيقهم فعلا عن أداء مهام الحياة فيتكيق المعاق حسب العاهة التي يعاني منها ، فيعدل من الصورة التي كونها على نفسه ، و هذا التكيف يقتضي إدراك المواقف و تقييمها و إختيار الأساليب المناسبة لمواجهة الضغوطات . و حسب **لازاروس** LAZARUS**(1988)** ، فان الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعتبر المؤشر الأول على الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته **. لازاروس** و **فولكمان (**1993**)** ، و يرى "**باك** " BECK **(**1967**)** كذلك أنه إذا كان المرض العضوي خطيرا و مزمنا ، فانه يؤدي حتما إلى الإصابة بالإكتئاب ، و يرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي تظهر نتيجة هذا المرض .

و من ضمن هذه الأفكار السلبية الشعور بالنقص عن المعاق الذي يساهم في إبرازها أفراد المجتمع ، فهم يفترضون أن المعاق شخص أقل منهم ، لا في العضو الذي فقده ، فحسب ، بل تصبح النظرة عامة إلى الشخص ، و يظهر الكثير أن الشخص المعاق عاجز و غير عادي ، و قد يكون هذا الشعور من المقربين إليه مما يجعله مضطرب و يمنعه من التكيف الإيجابي و يؤكد **لفين (**1959) . أن المشكلات النفسية التي يواجهها الشخص المعوق حركيا ، مشكلات خاصة تعكس سوء تكيفه الشخصي أكثر مما تعكس تأثيرات الإعاقة نفسها ، فمدى التأثير الذي يشعر به كل فرد يرتبط بما تعني الإعاقة لديه و هذا يرتبط بالأحداث في حياته التي عملت على تشكيل القيم لديه و طريقة إدراكه لذاته و الشكل الذي تأخذه ردود فعله الشخصية .

ماجدة السيد عبيد (2000) .

واستنادا إلى ما سبق ذكره نطرح التساؤل الرئيسي التالي :

-هل توجد علاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و مستوى القلق و الإكتئاب لدى المعاقين ؟

أما التساؤلات الفرعية فهي كالآتي :

1) هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المتمركزة حول المشكل أو الإنفعال و مستوى القلق ؟
2) هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المتمركزة حول الإنفعال أو المشكل و مستوى الإكتئاب ؟
3) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير الجنس ؟
4) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير السن ؟
5) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية ؟
6) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط (المهنة) ؟
7) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير الجنس ؟
8) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير السن ؟
9) هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و الحالة الإجتماعية؟

10)هل هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و طبيعة النشاط المهنة ؟

الفرضيـ ـات

الفرضية العامة :

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " و مستوى القلق و الإكتئاب .

الفرضيات الجزئية :

1) كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " متمركزة حول المشكل يكون مستوى حالة القلق منخفض .
2) كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " متمركزة حول المشكل يكون مستوى الإكتئاب منخفض .
3) كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " متمركزة حول الإنفعال يكون مستوى حالة القلق مرتفع .
4) كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " متمركزة حول الإنفعال يكون مستوى الإكتئاب مرتفع.
5) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير الجنس .
6) هناك علاققة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير السن .
7) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية .
8) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط .
9) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير الجنس .
10) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى للإكتئاب و متغير السن .
11) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و الحالة الإجتماعية .
12) هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و طبيعة النشاط .

تحديد المفاهيم الأساسية :

1 – **الإعاقة الجسمية :**

الإعاقة الجسمية هي تلك التي تتصل بالعجز أو القصور في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء المتصلة بالحركة moteur ، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية و تكون لها صفة الإستمرارية و تؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية ، سواءا كان تأثيرا كليا أو جزئيا .

2- **المعاق حركيا :**

نتبني من خلال دراستنا هذه التعريف الذي وضعه **والسهو** WALSHOO ، الذي عرف المعاق حركيا بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف العليا أو السفلى أحيانا أو في الإختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف . و يحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية و نفسية و إجتماعية و تربوية و مهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية و العيش بأكبر قدر من الإستقلالية .

3- **مفهوم الضغط النفسي :**

نستخدم مفهوم الضغط النفسي هنا للدلالة على التحديد الذي وضعه" **لازاروس** LAZARUS " **(1989)**

تتضمن المثيرات المنتجة للضغوط ، و ردود الفعل نفسها ، و العمليات الوسيطية المتعددة ، أي تعني الظواهر الفزيولوجية التي تتعلق بالنشاط الأوتونومي كارتفاع ضغط الدم أو إزدياد معدل دقات القلب ، و الظواهر الإجتماعية كاضطراب النظام الإجتماعي ، و الظواهر النفسية كالعوامل المعرفية التي تقيم التهديد و المفاهيم المرتبطة بها ، أي أن الضغوط النفسية تتألف من أية حادثة تزيد فيها المتطلبات الداخلية أو المتطلبات البيئية على المصادر التكيفية للفرد ، أو للوحدة الإجتماعية ، أو للجهاز الفزيولوجي . فهو نتيجة تقييم الفرد لسياق التفاعل بينه و بين محيطه على أنه يتجاوز موارده و يهدد رفاهته.

4- **تعريف إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " :**

نتبنى تعريف "**لازاروس و فولكمان**" لإستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " على أنها مجموع الجهود المعرفية و السلوكية الموجهة للتحكم و التقليل من المتطلبات الداخلية و الخارجية و التي تهدد و تتجاوز الموارد الشخصية للأفراد . **لازاروس و فولكمان** (1984) .

و من خلال دراستنا نقصد باستراتيجيات التعامل ما تقيسه أنماط إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " Ways of coping check – list "**لازاروس و فولكمان**" .

5- **قلق الحالة** :

نتبنى تعريف **سبيلبرجر** SPIELBERGER **(1975)** لقلق الحالة هو حالة إنفعالية تتصف بأحاسيس طارئة tranjustory من التوتر و الإدراك و العصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي (اللارادي) ، و يختلف قلق الحالة من حيث حدته و حدوثه عبر الزمن كدالة عن الإجهاد الذي يلازم الفرد SPIELBERGER (1975) عن **قاسم حسين (2002)** .

6- **الإكتئاب** :

نتبنى التعريف الذي وضعه " **بيك** BECK " **(1979)** و الذي يرى أن الإكتئاب عبارة عن إضطراب في التفكير في الناحية المعرفية تنتج عنها أنماط تفكير خاطئة و سلبية تؤدي إلى ضغف في كل من غرائز الحفاظ على الذات و إختفاء بعض الدوافع البيولوجية الأساسية كالغضب و الجنس ....BECK 1979

الفصل الاول:
الاعاقة

تمهيـــــد .

1-مفهوم الإعاقة .

2-تصنيفات الإعاقة .

3-مفهوم المعاق أو المعوق .

4-الإعاقة الحركية .

4-1- مفهوم الإعاقة الحركية .

4-1-1 – العاهة .

5- مكونات السلوك الحركي .

6- أنواع الإعاقة الحركية .

6-1- الإعاقة الحركية الخلقية .

6-2- الإعاقة الحركية الكتسبة .

7- إحتياجات المعاقين .

8- المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية .

8-1- المشاكل النفسية .

8-2- المشاكل الإجتماعية .

8-3- المشاكل الإقتصادية .

8-4- المشاكل التعليمية .

8-5- المشاكل الطبية و العلاجية .

8-6- مشاكل التأهيل المهني للمعاقين .

8-7- مشاكل الحواجز البنائية .

9- الضغوطات التي يتعرض لها المعاقين و أسرهم .

10- العوامل المؤثرة على إستجابات المعاقين حركيا .

11- أهمية الجمهعة في حياة المعاق.

12- صراع القيم لدى المعاقين .

13- الإعاقة مشكلة عالمية .

14- المرأة و الإعاقة .

15- الدراسات السابقة .

تمهيد :

لقد اختلفت النظرة إلى الإعاقة و المعوقين و تعددت المفاهيم المستعملة في تصنيف هذه الفئة فأطلق عليهم إسم المقعدين crippled و هم كل من لديهم عيب ينتج عنه عامة ، أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوظيفتها العادية ، مما يؤثر في قدرة الإنسان على التعلم و إعالة نفسه **(إقبال محمد بشير 1989 ص 42)** ، ثم أطلقوا عليهم مصطلح " ذوي العاهات " على إعتبار أن مصطلح " الإقعاد " يوحي باقتصار تلك الفئة على مبتوري الأطراف أو المصابين بالشلل ، أما العاهة فهي مفهوم أكثر شمولا ثم الإصطلاح على مفهوم " العاجزين " ، و يقصد به كل من له صفة تجعله عاجزا في أي جانب من جوانب الحياة سواء من العجز عن العمل أو الكسب أو العجز عن ممارسة شؤون حياته الخاصة ، ثم تغيرت النظرة إليهم على أنهم ليسوا عاجزين و أن المجتمع هو الذي عجز عن إستعابهم أو عن تقبلهو أو عن الإستفادة مما قد يكون لديهم من مميزات أو قدرات يمكن تدريبها و تنميتها بحيث يتكيفون مع البيئة رغم عاهاتهم و يتفوقون في كثير من الأحيان على غيرهم في مجالات متعددة .

1- **مفهوم الإعاقة** :

هناك مفاهيم عديدة لمفهوم الإعاقة ، فيمكن أن نقول أنهن : ضرر يصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز تحد أو تمنع الفرد من أدائه لمختلف الأنشطة الحياتية .

و قد خضع مفهوم الإعاقة إلى تصنيفات أخرى مثل:

أ - الإعاقة كشدود أو نقص .

ب- الإعاقة من حيث الحالة الإكليكية .

ج- القصور الوظيفي للنشاط اليومي .

د- الإعاقة كانحراف و هناك إثنان من المظاهر تأخذهما في الإعتبار و هما :

1- إنحراف عن الحالة البدنية المقبولة و عن المعايير الصحية .

2- إنحراف عن السلوك المناسب للحالة الإجتماعية الخاصة بالأفراد و الجماعات .

ه- الإعاقة كضرر(MICHEL OLIVER 1983) ، و قد عرف **سميث و نيزورت** SMITH and NEISWORTH الإعاقة على أنها " عبأ يفرض على الفرد بجانب

إنتاج غير مناسب ، بسبب الإنحراف و البيئة ، و يشمل هذا الإنتاج المظاهر العاطفية و الإجتماعية المختلفة ، كذلك خبرات الفرد الضعيف جسديا JANS PAYNE , 1979 .

و تناول آخرون الاعاقة على أنها " ذلك النقص أو القصور أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقا سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو إجتماعية الأمر الذي يحول بين الفرد و الإستفادة الكامنة من الخبرات التعليمية و المهنية التي يستطيع الفرد العادي الإستفادة منها، كما يحول بينه و بين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين في المجتمع ، و لذا فهو في أشد الحاجة إلى نوع خاص من البرامج التربوية و التأهيلية و إعادة التدريب و تنمية قدراته حتى يستطيع أن يعيش و يتكيف مع مجتمع العاديين بقدر المستطاع و يندمج معهم في الحياة التي هي حق طبيعي للمعوق . **محمد عبد المؤمن حسين 1986 ص** 12 .

و هناك من يربط مفهوم الإعاقة بالقدرة على العمل فيعرفون الإعاقة على أنها تصور في نوع أو أكثر من العمل ينتج عنه حالة صحية مزمنة أو ضعف يستمر لثلاثة أشهر أو أكثر ، و يرون أن هناك ما يسمى بالإعاقة الحادة و هي تتضمن عدم القدرة على العمل تماما أو على نحو منتظم .

و حتى تتضح مفاهيم الإعاقة لا بد من تحديد بعض المفاهيم المرتبطة بها و التي وردت في بعض التعاريف السابقة مثل الضعف ، العجز .

أ- الضعف impairment : و يقصد به أي الخروج عن المعتاد سيكولوجيا أو بدنيا أو في الوظيفة ، و هناك تصنيفات فرعية للضعف كالضعف العقلي ، النفسي ، المتصل باللغة ، السمع ، التشوه المتصل بمراكز الإحساس بصفة عامة و على نحو مختلف , بينما يرى البعض الآخر أن الضعف هو وصف للحالة الصحية و الجسدية للانسان .

و هناك من يربط بين الضعف و الآثار التي تظهر في قدرة الفرد الوظيفية في سوق العمل و ذلك من خلال ثلاثة مظاهر:

1- المدى الذي يحدد الشخص بعمله التخصصي و وظائفه .

2- مدى صعوبة هذه القيود .

3- المتطلبات و نعني بها كم الإنجاز الوظيفي المفترض من خلال عمل الشخص و يعتمد هذا التحديد على المواصفات الكمية التي يتطلبها إنجاز أي عمل و القدرة على كسب المال الذي يمكن أن ينسب إلى الضعف .**كمال عبده ، سيد حلاوة ،** 1999 .

ب- العجز distability : وقد عرفته المنظمة العالمية للصحة في سنة **1980** بأنه " نقص أو قصور (ناتج عن العاهه) في القدرة على أداء نشاط ما بشكل سوى كما هو منتظر من الإنسان السوي . **عبد الحفيظ رتش . ص** 99

و من ثم فان العجز كما يراه "**ستيفنز** STEVENS " هو حالة تتضمن العناصر الآتية:

1- إنحراف في الوضع الجسمي أو في الأداء الوظيفي .

2- يترتب على الإنحراف نوع من عدم الملائمة الوظيفية .

3- يكون ذلك في إطار بعض المتطلبات البيئية .

أما مصطلح الإعاقة فانه يستخدم للاشارة إلى مشكلات الرفض الإجتماعي بأشكاله المختلفة ، بمعنى الدرجات المتنوعة من العقاب و عدم الإثابة التي تتولد عن العجز و من ثم فان مظاهر العجز نفسه لا تكمن في الفرد نفسه و إنما هي نتاج تفاعل الفروق الفردية من جهة و بين الظروف البيئية من جهة أخرى ، أي أنه يشير إلىالأشخاص الذين يبدو أن مظهرهم الجسمي أو آدائهم الوظيفي في ظروف بيئية معينة يضعهم في مكانة أقل من غيرهم و يترتب على هذه المكانة المنخفضة فقدان التحفيزات أو مواجهة صعوبات للحصول عليها،أو ربما التعرض لشكل أو لآخر من أشكال العقاب ، هذه النتائج السلبية المختلفة في مجموعها هي التي تكون ما نطلق عليه عادة "الإعاقة " . **فتحي السيد . حليم السعيد ص** 297 .

فالعجز إذن عبارة عن خاصية ملحوضة قابلة للقياس يحكم عليها من خلال إنحرافها عن المعايير .

2- تصنيفات الإعاقة :

تختلف تصنيفات الإعاقة باختلاف طبيعتها و الأثر التي تحدثه على الجسم و على النشاط اليومي للفرد ، كذلك فهي مرتبطة بالأنواع المختلفة للاعاقة و يمكن ذكر أنواع هذه الإعاقات فيما يلي :

العاجزين ، المبثورين ، إلتهاب المفاصل المزمن ، المكفوفين ، تقوص العضام ، الإصابة في الجهاز العصبي ، الحروق ، السرطان ، الشلل المخي ، العضو و الفم المشقوق ، الأصم ، البول السكري ، المشوهين ، الإضطرابات العاطفية ، الصرع ، مرضى القلب، التخاف العقلي ، الصم ، الشلل ، الإضطرابات النفسية و غيرها .... **فتحي السيد ص** 297 .

و هناك تصنيفات أخرى من الإعاقات حسب أسبابها و أعراضها و نذكرها فيما يلي:

أ-**الإعاقة بدون تأثر البناءات العصبية** : و تتمثل في كل ما هو عضمي أو مفصلي ، أيضا التشوهات الخلقية ، و آثار الأمراض المعدية .

ب-**الإعاقة ذات التأثير العصبي** : و الناتجة عن إصابة الجهاز العصبي للمحيطي عند الولادة و تتمثل في الشلل بأنواعه ، و الإعاقة الناتجة عن الخدوش ، و الإصابات أثناء الولادة أة الناتجة عن الأمراض الولادية و الخلقية .,

ج-**الإعاقة ذات التأثير العصبي و الناتجة عن الجهاز العصبي** : و تتمثل في الإعاقة الحركية الدماغية و التي تعد نتاجا لبعض الأمراض الدماغية أو إلتهابات دماغية أثناء مرحلة الطفولة الأولى ، أو ناتجة عن بعض الأورام .

كذلك هناك تصنيف حسب التربية الخاصة و يضم :

1- إضطرابات في مجالات التعلم ، و الذين يعانون من إعاقات في النطق .

2- خلل في القدرات العقلية و تضم الأطفال المتخلفين عقليا .

3- إنحرافات و قصور في القدرات الحسية و تتضمن الذين لديهم إعاقات سمعية و الذين لديهم إعاقات بصرية .

4- أشكال القصور العصبي أو القصور في الحركة و الأشكال الأخرى المشابهة لها .

5- إضطرابات السلوك الإنفعالي و الإجتماعي **. فتحي السيد ، حليم سعيد ص** 20 . و هناك تصنيف آخر يعتمد في تقسيمه للاعاقة حسب مجال العجز و نذكره كما يلي:

1-الإعاقة الجسمية و هي تلك التي تتصل بالعجز أو القصور في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء المتصلة بالعجز أو القصور في وظيفة الأعضاء الداخلية للجسم سواء المتصلة بالحركة motor ، أو أعضاء متصلة بعملية الحياة البيولوجية و تكون لها صفة الإستمرارية و تؤثر على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية سواء كان تأثيرا كليا أو

جزئيا ، و عليه فالإعاقة الجسدية تشمل العديد من المشوهين ، و المشاكل الصحية مثل الشلل الدماغي ، و إصابات العمود الفقري ، و مرض السكري ، و أمراض الرئتين و القلب .

2- الإعاقات العقلية و تشمل على الأمراض العقلية و التخلف العقلي .

3- الإعاقات الإجتماعية و تعني العجز عن التفاعل السليم مع البيئة و الإنحراف عن المعايير و القيم و ثقافة المجتمع .

4- الإعاقات الحسية و تشمل العجز في الجهاز الحسي كالمكفوفين و الصم و البكم .

5- الإعاقات النفسية و هي التي تصيب الفرد عندما يصطدم بعقبات لا يستطيع تكوينه النفسي إستيعابها و يترتب عليها سلوكات غير ملائمة . **فؤاد بسيوني متولي . 1990.**

6- إعاقات الإتصال و تشمل عيوب النطق و الكلام .

7- إعاقات التعلم و تطلق على القصور و العجز ، و إتجاهات أو طرق الإستجابة للمثيرات التي تعبر عن نفسها في صورة عجز الفرد عن التعلم .

8- الإعاقة المهنية و هي تشير إلى عدم القدرة على أداء نفس العمل الذي يقوم به الفرد كما كان يفعل قبل الإعاقة ، أو عدم القدرة على العمل في كل الساعات المحددة من طرف المؤسسات .

3- **مفهوم المعوق** :

تناول هذا المفهوم العديد من الباحثين و المختصين في مجالات الرعاية الإجتماعية و النفسية بالإضافة إلى الهيئات و المنضمات الدولية .

و فيما يلي بعض من هذه التعاريف :

عرفت منظمة العمل الدولية في قانون التأهيل المهني ، الذي أقره مؤتمر العمل سنة 1955 المعوق بأنه

" كل فرد نقصت إمكانياته للحصول على عمل مناسب و الإستقرار فيه نقصا فعليا و نتيجة لعاهة جسمية أو عقلية" . **بدر الدين كمال عبده ، سيد حلاوة** 1999.

و عرفتهم اللجنة القومية للدراسات التربوية بأمريكا بأنهم " أولئك الذين ينحرفون عن مستوى الخصائص الجسمية أو العقلية أو الإجتماعية أو الإنفعالية لأقرانهم بصفة عامة

إلى الحد الذي يحتاجون فيه إلى خدمات تربوية و نفسية خاصة تختلف عما يقدم للعاديين حتى ينمو الفرد إلى أقصى إمكانات نموه ". **يحي حسن درويش** 1986 .

** نلاحظ من خلال تعريف منظمة العمل أنه ربط بين الإعاقة و نقص القدرة في الحصول على عمل مناسب و الإستقرار فيه ، لكن هذا التعريف يبدو أنه محدود لأن الكثير من المعوقين يعانون من عدم القدرة في مجالات عديدة و ليس من بيها بالظرورة أن يكون العمل المناسب و الإستقرار فيه أيضا قد تكون مسببات أخرى للاعاقة غير العاهات الجسمية أو العقلية .

** أما التعريف الثاني فانه أعم من التعريف الأول و ركز على الخدمات التربوية و النفسية التي يحتاجها المعاقين .

أما قانون تأهيل المعوقين في مصر الصادر في سنة 1975 ، فقد عرف المعوق بأنه " كل شخص أصبح غير قادر على الإعتماد على نفسه في مزاولة عمله ، أو القيام بعمل آخر و الإستقرار فيه ، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة قصور عضوي أو عقلي أو حسي ، أو نتيجة لعجز خلقي منذ الولادة " .**أحمد مصطفى خاطر** 1984 .

و يتلازم هذا التعريف مع تعريف منظمة العمل الدولية فيما ذهب إليه من الربط بين الإعاقةو مزاولة العمل .

أيضا ، عرف البعض بأنه " كل فرد يختلف على كل ما يطلق عليه لفظ " سوي " أو " عادي " في النواحي الجسمية أو العقلية أو المزاجية أو الإجتماعية إلى الدرجة التي يستوجب التأهيل الخاصة حتى يصل إلى إستخدام أقصى ما تسمح به قدراته و مواهبه . **عطيات ناشد** و آخرون

أما " كيرك " فقد عرف المعوق بعد أن أطلق عليه إصطلاح " غير عادي " و هي إحدى الإتجاهات الحديثة في تناول مفهوم المعوقين و يعرف بأنه " ذلك الفرد الذي ينحرف عن الإنسان العادي أو الإنسان المتوسط في : الخصائص العقلية ، القدرات الحسية ، الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية ، السلوك الإجتماعي أو الإنفعالي ، قدرات التواصل ، و جوانب نقص أو قصور في الخبرات التعليمية أو إلى خدمات تعليمية خاصة بهدف تحقيق أقصى حد ممكن من النمو . **فتحي اليسد عبد الرحيم** 1993 .

** و نلاحظ من خلال هذا التعريف أنه جاء من وجهة نظر التربية الخاصة و تركيزه علىالخبرات و الخدمات التعليمية .

** و يرى البعض الآخر المعوق بأنه : الشخص المصاب بإعاقة مزمنة أو حادة و التي قد ترجع إلى :

1- الضعف الجسمي أو العقلي أو تركيبه من الضعف الجسمي و العقلي .

2- إحتمال إستمرارها غير محدد .

3- إحتمال عنها قصور أساسي في ثلاثة مجالات أو أكثر من أنشطة الحياة الأساسية : أ-رعاية نفسية ، ب- أسلوب التعبير و التقبل ، ج- التعلم ، د- الحركة ،ه- التوجيه الذاتي ، و- الإستقلالية ، ع- التكفل بنفسه من الناحية المادية .

4- تظهر على الشخص حاجته إلى مجموعة أو سلسلة خاصة من الرعاية الشاملة أو العلاج أو الخدمات الأخرى التي تستمر مدى الحياة . LYNNME DENALD ,WIKLER , 1987

و هناك تعريف آخر يماثل هذا التعريف السابق ، الذي عرف المعوق بأنه " أي حالة يكون سببها الأصلي متعلق بالجسد ، العقل ، العاطفة أو الجانب الإجتماعي و يتطلب إهتمامات ، توجيهات ، جهود خاصة تخرج عن نطاق عمليات التنشئة الإجتماعية للأطفال الرافدين" "MARVINR KOLLER , SLARRITOWAER (1979) .

كذلك فان الإعاقة بالنسبة إلى **أليرون** OLIRION 1961 " كل فرد عاجز عنتامين حاجاته الأساسية ، و النقص الفيزيقي متعلق في الجسد على أحد أعضائه ، أو وظائفه ، فمصطلح الإعاقة يقترب من المعنى لعدة مفاهيم مثل اللاسوي ، غير متكيف، ناقص ، قاصر ، شاد و تتضمن مصطلحات أخرى كالعمى ، الصم و الشلل ، و الأمراض المزمنة و أمراض العظام " .

أما **بولطلنوكي** 1977 فقد وافق تعريف " **لافرون** " الذي يرى أن " المعوق هو كل من دخل الحياة و إكتسب من خلال مراحل النمو تأخرا مقارنة بالنمو العادي " .

كما أن **كرستيان أرنونداز** CHRISTIAN HERNANDEZ يرى أن مصطلح الإعاقة مرادف للنقص و عدم القدرة و الحرج و كذا نفسية خاصة ، و أنه لا يوجد معوق في المطلق ، بل يوجد في وسط إجتماعي ، ثقافي ، عائلي ، له مصادره و تطلعاته

.... فغالبا ما نحمل المسؤولية على المعوق و ننسى أنه لابد من إعادة النظر في الوسط الذس يتعامل معه المعوق (مدرجات ، وسائل النقل ....) و كذلك نظرة أفراد المجتمع إتجاه الشخص المعاق بما فيها أفراد العائلة .... "

كما أن المعوق لديه عدة معاني حسب هذا الأخير :

- أن يكون منعزل عن العالم ، لأنه في مؤسسة مختصة .
- رفض حق أخذ القرارات بصفة مستقلة و تحمل مسؤولياته .
- تلقي " بالشفقة " أشياء تعد كحقوق إنسانية (الصحة ، الأكل ......الخ) .
- عدم 1تاحة الفرصة للالتقاء بالأشخاص الأسوياء .
- ليس لديه الحق في زيارة نفس الأماكن التي يزةرها اللأسوياء، و هذا راجع للعوائق المعمارية.
- نقص الثقة بالنفس ، و الخوف من العالم المحيط به .

و يكوّن المحيط الفيزيقي و مواقف الأشخاص المحيطين به عوائق تجعله يقيم نفسه تقييما سلبيا تجعله يعزل نفسه عن الآخرين .

** أما تعريف القاموس الطبي للاعاقة ، فهو نقص أو عدم القدرة ، عقليا كانت أو بدنية أو داخلية ، جزئية كانت أو كلية مؤقتة أو دائمة يؤثر على البنى أو الوظائف السيكولوجية ، الفيزيولوجية أو التشريحية و التي تشكل عائق إجتماعي "

كما يطلق لفظ المعوق على الشخص الذي فقد أحد أجزاء جسمه أو أصيب بعاهة أو بمرض قبل الميلاد أو بعده بما يجعله غير قادر على الإستجابة بشكل مناسب بما يرد من منبهات داخلية كانت أو خارجية .

** كما يعرف أحدهم الإعاقة : بأنه عدم القدرة على الحياة العادية و عدم القدرة هذه تتطور لتصبح إعاقة لخاصية السلوك الإجتماعي و موانعه التي تعيق الشخص ليحيا حياة عادية ، فالذي يستعمل الكرسي المتحرك يصبح معوقا لما يجد من أمامه بنايات ذات مدرجات التي تعيقه في حياته اليومية و تمنعه من التنقل بحرية ، و المكفوف يصبح معوق على مستوى القراءة عندما لا نلقنه مبادىء القراءة على آلة البراي ... " Revue « Ensemble » 1984 .

** أما المنظمة العربية للتربية و الثقافة ترى "أن الشخص المعوق هو ذلك الإنسان المحدود القدرة و الذي لا يستطيع القيام بأعمال صعبة بصفة مستمرة بسبب نقص بدني أو ذهني " **. رانية زيتوني** 1988 .

فهذه التعريف شملت معاني عدة حول الإعاقة و المعوق ، و تناولت هذا المفهومين من جوانب متعددة يمكن تلخيصها فيما يلي :

1- إن الحكم على شخص ما أنه معوق " غير عادي " هو وجود قصور أو إعاقة تنقص من قدراته في جانب أو أكثر من حياته اليومية إلى الدرجة التي يحتاج إليها إلى مساعدة متخصصة بهدف مساعدته على إستعادة قدراته أو تعويضه باستعمال قدرات أخرى متبقية لديه أو التكيف مع الوضع الحالي .
2- قد ترجع هذه الإعاقة أو القصور إلى أساليب وراثية ، حادثة ، مرضية ، إجتماعية ...
3- هذا القصور أو الإعاقة يترتب عليها خلل في التصورات و نسق القيم لديه الذي قد يؤدي إلى إضطرابات و إنفعالات في حياته و حياة أسرته.

4-الإعاقة الحركية :

تمهيد :

إن المهارات الحركية تلعب دورا بالغ الأهمية في حياة الإنسان ، فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات في الحياة اليومية ، و تعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية و المهنية ، كذلك المهارات الحركية تلعب دورا حيويا في النمو المعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على التنقل و الحركة و التعامل مع المحيط بكل تعقيداته و تناقضاته ، فحدوث الإعاقة الحركية يعني أن المعاق قد فقد القدرة على القيام ببعض الأعمال حيث لا تقتصر فقط على صعوبة التنقل بل تشمل وظائف الأطراف التي تعتمد على عملية التحرك فتؤثر الإعاقة الحركية على سلوك الفرد و تصرفاته حيث يصبح الشعور بالنقص و العجز عاملا فعالا في النمو النفسي للفرد و تنشأ عنها إضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد .

** و سنتناول في هذا المبحث مفهوم الإعاقة الحركية عند العديد من الباحثين و إحتياجات المعوقين حركيا كما نتناول مختلف المشاكل و الصعوبات التي يلاقيها المعاقين و نظرة المجتمع إليهم .

4-1- مفهوم الإعاقة الحركية :

الشخص المعوق حركيا نعني به ذلك الفرد الذي تعوق حركته و نشاطه الحيوي فقدان أو خلل أو عاهة أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها العادية ، أنصاف **عبد العزيز عوض** 1987 ، و يشمل الحركات الإرادية و اللاارادية و تنشأ الحركة من إنكماش إحدى العضلات و إنبساط العضلة الأخرى المقلبلة لها أي من الإختلاف القائم بين قوى الجذب و الدفع ، و يتميز ببدء تكوين المهارات الحركية ببدل الطاقة التي تزيد بكثير عن الجهد اللازم لكسب المهارة .

** و يرى **عبد الغفار و الشيخ** (1966) أن فئة الإعاقة البدنية تضم مجموعات تختلف عن بعضها إختلافا واضحا غير أنها تشترك جميعا في صفة واحدة تميزهم عن غيرهم من فئات غير العاديين ، و هذه الصفة التي تضمهم في مجموعة واحدة ، هي أنهم

يعانون من عجز بدني ، و أما الإختلالات الموجودة بينهم و التي تضمهم إلى مجموعات متباينة فهي نوع العاهة أو العجز الذي يعانون منه .

و عليه يمكن تعريف المقعد بأنه الشخص الذي يقل عمره عن 21 **سنة** ، أدت إصابته بعيوب خلقية أو مكتسبة إلى تعويض إستخدامه لأطرافه و هو شخص عاجز عن التنافس على قدم المساواة مع الأشخاص العاديين من نفس سنه ، و بذلك فالطفل المصاب بعاهة يترتب عليها خلل في الإستخدام الطبيعي لعضلاته .

و تعرف الحكومة الفدرالية للولايات المتحدة الأمريكية ، الإعاقة البدنية بأنها :

- إصابة بدنية شديدة تؤثر على الأداء الأكاديمي للطفل بصورة ملحوظة ، و تشمل هذه الإصابات الخلقية مثل : تشوه القدم ، أو فقد أحد أعضاء الجسم .....الخ ، و الإصابات الناتجة عن الأمراض مثل : شلل الأطفال ، و سل العضام ، و تلك الإصابات الناتجة عن أسباب أخرى مثل . الشلل الدماغي ، أو بتر الأعضاء ، و الكسور ، و التمزق ، أو الحروق التي تؤدي إلى تقلص العضلات .

** أما مصطلح الأمراض الصحية التي يشملها التعريف فتضم الأمراض المزمنة مثل . أمراض القلب ، إلتهاب السحايا ، الحمى الروماتيزية ، و السل ، و داء الكلى ، و الربو .... و غيرها من الأمراض التي تؤثر على الطفل بدرجة كبيرة ، و تحد من نشاطه و مستوى تحصيله.

** و يطلق **رمضان القدافي** 1994 على الإعاقات البدنية مصطلح المعوقين حركيا ، و يتناول فيها الفئات الأربع التالية :

1- **المصابون باضطرابات تكوينية** : و يقصد بهم من توقف نمو الأطراف لديهم و أثرت هذه الإضطرابات على وظائفها و قدرتها على الأداء .

2- **المصابون بشلل الأطفال** : وهم المصابون في جهازهم العصبي مما يؤدي إلى شلل بعض الأجزاء الجسم و خاصة الأطراف العليا و السفلى .

3-**مصابون بالشلل المخي** : و هو إضطراب عصبي يحدث من جهة نظره بسبب الضرر الذي يصيب مناطق المخ ، و غالبا ما يكون مصحوبا بالتخلف العقلي ، على الرغم من أن كثيرا من المصابين به قد يكون بامكانهم العناية بأنفسهم للوصول إلى مجموعات مستوى الكفاية الإقتصادية .

3- المعاقون حركيا بسبب الحوادث و الحروب و الكوارث الطبيعية و إصابات العمل

و هؤلاء قد يعانون من فقدان طرف أو أكثر من أطرافهم ، و إفتقارهم إلى القدرة على تحريك عضو أو مجموعة من أعضاء الجسم إختياريا ، بسبب عجز العضو المصاب عن الحركة أو لسبب فقدان بعض الأنسجة ، أو لسبب الصعوبات التي قد تواجهها الدورة الدموية ، أو لأي سبب آخر . كما قد يعود السبب إلى الأضرار التي تصيب الجهاز العصبي نتيجة حدوث النزيف و العدوى و إصابات الحوادث و تمزق العصب أو قطعه ، و قد ترجع الإصابة إلى حوادث العمل التي يتعرض لها الفرد خلال مزاولته لنشاطه المهني .

أما **والسهو** WALSHOO فقد عرف المعاق حركيا بأنه الشخص الذي لديه عائق جسدي يمنعه من القيام بوظائفه بشكل طبيعي نتيجة مرض أو إصابة أدت إلى ضمور في العضلات أو فقدان في القدرة الحركية أو الحسية أو كليهما معا في الأطراف العليا أو السفلى أحيانا أو في الإختلال في التوازن الحركي أو بتر في الأطراف .

و يحتاج هذا الشخص إلى برامج طبية و نفسية و إجتماعية و تربوية و مهنية لمساعدته في تحقيق أهدافه الحياتية و العيش بأكبر قدر من الإستقلالية .

أما **فاروق الرومان** le rous ami 1988 فيعرف الإعاقة الحركية بأنها حالات الأفراد الذين يعانون من خلل في قدرتهم الحركية ، أو نشاطهم الحركي بحيث يؤثر ذلك الخلل على مظاهر نموهم العقلي و الإجتماعي و الإنفعالي يستدعي الحاجة إلى التربية الخاصة ، و يندرج تحت هذا التعريف العديد من مظاهر الإضطرابات الحركية أو الإعاقة العقلية التي تستدعي الحاجة إلى خدمات التربية الخاصة منها حالات الشلل الدماغي ، حالات الضمور العضلي ، التأخر العقلي ، الصرع و ضمور العضلات .

أما فهمي فقد عرف المعوق أنه الشخص الذي لديه عيب ينتج عنه عامة أو يتسبب في عدم قيام العضلات أو العظام أو المفاصل بوضيفتها العادية ، و تكون هذه الحالة أما خلقية أو ناتجة عن مرض أو حادثة ، و تزداد خطورتها بسبب الجهل أو الإهمال أو المرض . **ماجدة السيد عبيد** 1999 .

أما **بيار أولرو** PIERRE OLIRAN 1961 ، فيرى أن الإعاقة الحركية هي نقص بدني في إحدى أعضاء ووظائف الجسد ، أين يكون هذا النقص لديه معنى من

الناحية البيداغوجية لما يصل إلى درجة الخطورة ، و الإعاقة الحركية هي إصابة حادة تؤثر في قدرات الأعضاء أو الأطراف الحركية الظرورية للحياة الإجتماعية .... أو هو غياب الوظيفة لاحدى الأعضاء و التي تولد لدى عدم التكيف مع الوسط .

أما D . THIERIET **دافيد تيري** 1976 ، فيرى " أن الإعاقة الحركية هي معاناة بصفة حادة و مستمرة راجع لنقص في الحركية ، و هذا النقص يضم الإصابات الخاصة بالجهاز الحركي و الذي يحد من إستقلالية الشخص ، و يحد من إمكانيات نشاطه في الحياة العادية (العائلية ، المدرسية ، المهنية) .

و نلاحظ مما ذكر من قبل أن مصطلح العاهة مرتبط بالإعاقة الحركية ، فما هي العاهة و علاقتها بالإعاقة الحركية ؟

4-1-1- **العاهة** :

العاهة أو العاهات هي عجز أو نقص في الجوانب الجسمية أو الوظيفية ، و قد تظهر في سنوات مبكرة لدى الأطفال ، و تؤثر بشكل واضح على النمو الجسمي و العقلي و الإنفعالي لدى الأطفال ، و أكثر حساسية للعاهات ، المراهق و الطفل ، و قد تظهر العاهات على شكل تشوه خلقي مثل : القصر في القامة أو تشوه في الوجه مثل الشقة الأرنبية ، أو قطع في الساق ، أو شلل في أحد الأطراف العضوية ، أو عاهات النطق أو السمع و غيرها من العاهات الأخرى .

و من خلال الدراسات النفسية و التربوية حول ردود أفعال ذوي العاهات تبين أنهم يتمتعون بحساسية مفرطة إزاء عاهاتهم لدى ينصح المختصين في التربية العلاجية إلى عدم معاملتهم من خلال تلك العاهة بل من خلال قدراتهم و كفاءتهم في الأداء من خلال التكيف و التعويض . و عليه فان كل الحياة الإجتماعية و النشاطات اليومية مرتبطة بالسلوك الحركي للفرد ، فتعلم أي نشاط سلوكي يتطلب إكتساب سلسلة من الإستجابات الحركية الدقيقة ، أي الإستجابات التي تتطلب حركات جسمية معينة ، " فالخبرات أو المهارة يشير إلى السلوك أو الإستجابات التي تتطلب تنسيقا بين الأعصاب و العضلات أي تفاعل نفسي إدراكي و الآخر حركي " **محمود حسن** 1964 .

و قد بينت العديد من التجارب العلاقة القوية بين النمو الحركي و الأداء الجيد للحركات و أن الفرد ذو الإعاقة الحركية يكون مدودو من التفاعل الإيجابي مع البيئة التي

تقيد قدراته و تحد من حركته ، فالسلوك الحركي و خطواته و آداءه له و العوامل المؤثرة فيه أصل كل نشاط يقوم به الفرد السليم أو المعاق ، و لمعرفة السلوك الحركي و أثره على المعوق نذكر مكونات هذا السلوك و العمليات التي يمر بها .

5- **مكونات السلوك الحركي** :

هناك أربعة مكونات رئيسية للأداء الحركي و هي :

أ- العامل الإدراكي و هو قدرة الشخص على توجيه إنتباهه نحو المثيرات الحسية المرتبط بالأداء الذي يرغب الفرد أن يقوم به و يدركه على نحو جيد .

ب- العامل المعرفي و يتعلق بالقدرات العقلية المتنوعة التي تمكن المتعلم من فهم الأداء أو السلوك الذي يريد أن يقوم به ، و ما يتطلب هذا السلوك تخطيط و إستراتيجيات لإتخاذ قرار مناسب للموقف .

ج- عامل الربط و الإرتباط بين المثيرات الحسية و الإستجابة الحركية و لولا هذا الربط الحسي – الحركي و ترتيب الإستجابات الحركية في نسق منظم لتعذر القيام بأي نشاط أو سلوك .

د- عامل فردي أو شخصي مرتبط بالخصائص الشخصية كالطبع و المزاج ، كالقدرة على الإسترخاء ، و ضبط النفس في المواقف التي تساير الحياة من ضغوطات و توتر و إحباط

6- أنواع الإعاقة الحركية :

6-1- **الإعاقة الحركية الخلقية** : حسب التصنيف الطبي للاعاقات الحركية فانه يمكن تحديد أنواع الإعاقات الحركية و درجة تأثيرها ، من خلال فترة الحمل إلى غاية الإصابات المتعددة بعد الولادة ، أول هذه الإصابات هي :

6-1-1- **الإصابة المخية الحركية** IMC :L’infirmité motrice cèlebral :

و هي إصابة في الجهاز العصبي و المادة الرمادية ، و النشرة الدماغية ، و تنتج قبل الولادة غالبا و كل أشكال الأنوكسي ANOXIE كنقص الأكسجين في الأنسجة لدى الجنين بعد تعرض الأم إلى حوادث أو صدمات تؤدي إلى نزيف دموي أو تعرض الجنين إلى صدمة . كذلك تعرض الأم إلى فيروسات قد تصيب الجنين فيما بعد . كذلك فهي

مرتبطة عدم توافق في الزمر الدموية ،خاصة عندما يكون الزواج من نفس العائلة .كذلك التسمم بفعل ثاني أكسيد الكاربون ، و الطفيليات التي تصيب الجنين.

أما أثناء أو بعد الولادة ، فتسمى الأنوكسي الولادية ، فهي من مسبباتها عسر الولادة و التي تتأخر كثيرا كذلك إذا إلتفى الحبل السري حول المولود ، كذلك في حالات إذا كانت ولادة الطفل قبل الوقت المحدد Prématuré

أما الإضطرابات التي نجدها عند المصاب بالإعاقة المخية الحرطية فهي التقلص العضلي الإرادي L'athétose و هي عبارة عن الحركات الإرادية غير منضمة و غير منسجمة مع بعضها البعض ، و تصيب خاصة عضلات الأطراف و الوجه ، فالأطفال المصابين به لديهم صعوبة في إستقامة الظهر و الرقبة و الرأس و لديهم صعوبة في إستعمال اليدين بدقة أو الوقوف أو الجلوس و هذه تأثر تأثيرا كبيرا على الأداء اليومي الشخصي للمصاب .

6-2- الإعاقة الحركية المكتسبة :

6-2-1- الأتاكسي L'ATAXIE :

ترتبط الأتاكسي بالإضطرابات الحساسية و إضطرابات المخيخ و تقلصات عضلية و هو ينتج من عدم الإنسجام للحركات الإرادية ، و يؤدي هذا عدم التجانس في الحركات إلى إضطراب السمع و الرؤية و إضطراب الصورة الجسمية و تأتي كذلك بنوبات صرعية و تؤدي حتما إلى إضطراب الشخصية .

6-2-2- الشلل النصفي paraplégie :

و هو شلل للأطراف السفلى ، فلا يستطيع المصاب أن يحرك رجليه أو المشي، و هذا راجع بالدرجة الأولى إلى إصابة البصلة السيسائية ، حيث يجعل أوامر المخ نحو العضلات ل تمر ، و يؤدي إلى فقدان الحساسية ، كما تتأثر العظام و تؤدي إلى إضطرابات حشوية ، و ترجع إسباب الشلل النصفي إلى الصدمات التي تصيب البصلة السيسائية عن طريق كسر العمود الفقري إثر حادث أو سقوط من إرتفاع أو حادث عمل .

كذلك من أسباب الشلل النصفي الإلتهابات العصبية و العضلية التي تحدث على مستوى الأنسجة و تصيب البصلة السيسائية ، كذلك إلى الأمراض المعدية التي تنتشر عن

طريق الفيروسات أو بكتيريا و التي تحد من وظائف البصلة السيسائية ، و يعد الشلل الفيروسي pahomyèlitè .

من ضمن هذه الفيروسات التي تصبي البصلة السيسائية و تحد من قدرة العضلات على الحركة للأطراف السفلى و الأطراف العليا ، وحدوث ذلك أثناء الطفولة قد يعرقل عملية النمو ، كما يؤدي العياء الدائم على الحركة مما يؤثر على التحصيل المدرسي كما يؤثر على شخصية الطفل و توازنه النفسي .

6-2-3- **بتور الأعضاء الحركية** les Amputations : نقصد بالبتور هي فقدان لعضو أو جزء من أعضاء الجسم ، و تحدث لأسباب متعددة ، كحوادث المرور، أو إصابة خلقية Affection congénitale أو عدوى gangrène أيضا الأمراض المزمنة مثل مرض السكري أو نتيجة لإصابة أحد الأعضاء بالحروق الخطيرة التي تستدعي بتره .

6-2-4- **مرض إنحراف العمود الفقري** (La scoliose) :

و نقصد به إنحراف العمود الفقري الذي يؤثر على النمو الجسدي من خلال الحد من نمو القامة ، فتغير من صورة الجسم و على قدرة الأعضاء الحيوية و تأثر على عمليات الأعضاء ككل luswing guttman 1976 .

7- **إحتياجات المعاقين** .

إذا كانت الحاجات الفزيولوجية ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد و نوعه ، فان الحاجات الإجتماعية و النفسية ضرورية لتحقيق التوازن و الإستقرار و عدم الوصول إليها يثير الإضطراب و التوتر و يحل سلوك الفرد و يؤدي إلى الإنحراف تجاه الآخرين ، و يعرف المختصين الحاجة على أنها حالة من النقص و الإفتقار تقترن بنوع من التوتر و الضيق لا يلبث أن يزول حين تلبى الحاجة و يزول النقص ماديا أو نعنويا . فالحاجة مرتبطة بالمعوقين كما أنها مرتبطة بالأفراد غير المعاقين ، و عليه سنقدم إحتياجات عامة بين مختلف الفئات و إحتياجات خاصة بالمعاقين .

7-1- **الإحتياجات العامة :**

7-1-1- **الحاجة إلى الأمن** : و نعني به التخاص من الخوف النفسي ، و يشعر الإنسان بالمن عندما تكون مختلف جوانب حياته مستقرة خاصة صحته و عمله و

أسرته و قد يكون الإحباط الناتج عن ضغوطات هذه الحاجة متوترا و يصاحب سلوكه الشك و الحرز و التردد و الإرتباك لأي تغير أو طارىء و الخوف من الإخفاق أحيانا حتى بالنسبة لمن سلم جسده من أي عيوب أو عاهات .

7-1-2- **الحاجة إلى المكانة للذات** :

و تتضمن الحاجة إلى المركز و القيمة الإجتماعية ، و الشعور بالعدالة في المعادلة من طرف الآخرين ، و إعتراف الآخرين و تقبلهم له و إلى النجاح الإجتماعي و تجنب اللوم و التأنيب و الحاجة إلى التوافق مع الآخرين .

7-1-3- **الحاجة إلى التقدير الإجتماعي و الإنتماء :**

هي حاجة الإنسان أن يكون موضع قبول و تقدير من طرف الآخرين و أن تكون له مكانة إجتماعية و أن يكون محصن من الإعتداء عليه و هي حاجة تؤدي إلى أن يشعر الفرد بأن له قيمة و أن وجوده مرتبط بالآخرين و يزداد شعور الفرد بالتقدير الإجتماعي حينما ينتمي إلى جماعة يجد فيها المساندة و الإهتمام .

7 -1-4- **الحاجة إلى إحترام الذات** : و هي الحاجة التي تدفع الفرد إلى الدفاع عن ذاته و تجنب السلوكات و المواقف التي تقلل من شأنه . **أحمد عزت راجح** 1985.

7-2- **الإحتياجات الخاصة بالمعاقين** :

يمكن تقسيم هذه الإحتياجات إلى ما يلي :

7-2-1- **إحتياجات صحية و توجيهية :**

أ- إحتياجات بدنية من خلال الرعاية البدنية و تشمل كل الخدمات التي تعمل على تحسين الحالة الصحية و إستعادة اللياقة البدنية إن أمكن ذلك . و تتضمن العلاج ، و أجهزة تعويضه ، و تقويم الأعضاء و أي تجهيزات أخرى التي تساعد المعوق على إستعادة إستقلاليته البدنية .

ب- إحتياجات إرشادية مثل الإهتمام بالعوامل النفسية و المساعدة على التكيف وتنمية الشخصية ، و يمكن الوصول إلى ذلك من خلال العلاج النفسي و الإرشادي ، و التشجيع من طرف الآخرين .

ج- إحتياجات تعليمية مثل دمج المعاقين في التعليم حسب الأصناف مع وضع وسائل مادية و تربوية و تعليمية تتلاءم مع طبيعة الإعاقة .

كما يجب فتح مجالات التكوين في مختلف المهن و الحرف حسب المهاراتالحركية التي تتوفر لدى المعاقين ، و هذا ما يساعد على تلبية الإحتياجات المادية لهذه الفئة خاصة أن التخصصات الحرفية أثبتت نجاعتها لدى المعاقين .

7-2-2- إحتياجات إجتماعية :

- و تتمثل خاصة بالعلاقة التي تربطه بالآخرين و نضرة الآخرين إليه .
- أما الثانية فمرتبطة بالمساعدات المادية أو التسهيلات التي تقوم بها الهيئات و المنظمات لمساعدة هذه الفئة .
- و ثقافية تتمثل في توفير المستلزمات التي تساهم في مجالات المعرفة.

7-2-3- إحتياجات مهنية :

- القيام بالتوجيه المهني للمعاقين حتى الإنتهاء من عملية التكوين و تضمن إستمرارها .
- إحتياجات تشريعية كاصدار تشريعات في محيط التشغيل و العمل بالنسبة لهذه الفئة و توفير مناصب العمل حسب المؤهلات التي يحملونها ، و التي تتناسب مع طبيعة إعاقتهم .

8- المشكلات الناتجة عن الإعاقة الحركية :

- أظهرت الدراسات المتخصصة حول الإعاقة بصفة عامة و الإعاقة الجسدية .
- إن آثارها متعددة على شخصية المعاق و على حياته الإجتماعية ، فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية و الخارجية من خلال تصوره لذاته الجسمية المتمثلة في الإعاقة و تتمثل خاصة في الصورة الذهنية التي تنشأ لديه عن جسمه و شكله الخارجي ووظيفته ، فمعظم الناس يكونون إتجاه في الحياة بناءا على مفهومهم لذواتهم الجسمية و القدرات التي تتميز بها ، وأي عجز أو إعاقة أو قصور في هذه القدرات يؤثر على إتجاهاتهم و تؤدي إلى إضطراب قدراته و المهارات التي يتميز بها و تثير فيه الخوف و القلق و الإحباط ، وتختلف هذه الحالات باختلاف طبيعة الإعاقة و الأثر التي تحدثه فكلما إزدادت حدة الإعاقة الجسمية كلما إزدادت المشكلات النفسية و الإجتماعية .

و سنذكر هذه المشكلات فيما يلي :

8-1- المشاكل النفسية :

8-1-1- الإحساس الدائم بالنقص :

إن الشعور بالنقص هو إتجاه يحمل صاحبه الإستجابة بالخوف الشديد و القلق و الإكتئاب و إحساس الفرد بأنه مختلف عن الآخرين و ينتج عنه كذلك الميل إلى التقليل من تقديره لذاته ، خاصة المواقف الحياتية التي تستلزم المنافسة و النقد .

و قد يكون لدى المعوق عقدة النقص و هي الإستعداد اللاشعوري المكبوت و ينشأ من تعرض الفرض لمواقف كثيرة و متعددة تشعره بالعجز و الفشل و السلوك الذي ينشأ من عقدة النقص غالبا ما يكون سلوكا غير مفهوم هذا إلى جانب أنه قهري و من ذلك العدوان و الإستعلاء و الإسراف في تقدير الذات و من العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد . **أحمد عزب ، (مرجع سابق ص 156).**

8-1-2- الشعور الزائد بالعجز :

و هو يخلق نمطا من المعاقين الذي يستسلم للواقع و يحاول إستعطاف الآخرين و يتخلى عن أدواره الإجتماعية و الحياتية .

8-1-3- عدم الشعور بالأمن و الإطمئنان :

سواء نحو حالته الجسمية فهو لا يستطيع الحركة والمشي كالآخرين ، كذلك عدم الإطمئنان للغير للتفاوت في الإستجابات الحركية و حتى في الإتجاهات و عدم الإنسجام مع الآخرين يولد له التردد و الشك .

8-1-4- الإستعمال الغير موفق في ميكانيزمات الدفاع :

حيث يلجأ إليها المعوق في مختلف المواقف الحياتية كالإسقاط و يحول إنفعالاته غير السوية نحو أفراد الأسرة و الآخرين و يستعمل العدوان كذلك على نفسه و يقوم بالسلوك التعويضي و الإنكار و الإستعلاء على الآخرين ، كما يقوم بالعناد و الإصرار على مخالفة الآخرين و الإنطواء .**محمد شاهين** 1988 .

و تختلف سيادة مظاهر السلوك الدفاعي كالإنكار و التعويض و الإسقاط و التبرير تبعا للسمات الشخصية و مظاهر الإعاقة الحركية و درجتها ، فمشاعر الخوف و القلق و الرفض و العدوانية و الإنطوائية و الدونية و الإحباط و الصراع في حماية لذاته المهددة

من طرف الآخرين و يستعملها في مواجهة الفراد العاديين الذين لهم مواقف و ردود أفعال نحو الإعاقة و الإضطرابات الحركية .

8-2- **المشاكل الإجتماعية :**

و تتلخص هذه المشاكل فيما يلي :

8-2-1- **المشاكل الأسرية :**

لقد أصبح من البديهي أن لإصابة أي فرد بالإعاقة هي إعاقة لحياة العائلة أو الأسرة ككل ، و هذا ما تحدثه من خال و إضطراب في العلاقات الأسرية ، فبالإضافة إلى الإضطرابات التي تحدث لدى العائلة عن إصابة الفرد بالإعاقة ، من إنكار و غضب و حصرة و إكتئاب ، تؤدي حتما إلى التغير نظرا لما تتطلبه من العناية الكاملة من طرفها على الفرد المعاق .

كما أن سلوك الفرد المعاق المتميز بالغضب و الإكتئاب و البكاء الدائم لها تأثيرات على الوالدين وعلى أفراد الأسرة ككل من حيث شعورهم الدائم باليأس و الحزن و الحيرة و التساؤلات المتكررة حول المخرج من هذا الوضع إذ أمكن ، و الذي سينعكس سلبا على التوازن و تماسك الأسرة .

8-2-2- **مشاكل العمل :**

و تتمثل فيما يلي :

1- المعارضة من قبل أرباب العمل في توظيف و تعيين المعاقين .

2- عدم تكيف جوانب العمل مع قدرات المعاقين .

3- و في حالة توفر العنصرين السابقين قد يطرد المعاق من عمله نظرا للخصائص الوظيفية و المهارات الحركية التي تتطلبها .

4- عدم توفر مراكز التأهيل المهني لإعداد المعاق و تأهيله مهنيا لتقليص البطالة لهذه الفئة .

5- عدم وجود القوانين و الأنظمة التشريعية التي ترعى حقوق المعوق في مجال عمله و خارجه .

8-2-3- **مشاكل الصداقة :** تحتل جماعة الأصدقاء أهمية في حياة المعوق و شعوره بالتدني نتيجة الإعاقة تؤدي به إلى الإنعزال و الإنطواء عن الغير ، فالفروق التي

يلاحظها الغير في شكل المعوق و مظهره يكون لها أثر على شخصياته و إنحراف سلوكه عن المعتاد فالعجز في الجسم و إنعدام التوازن في أداء الحركات كلها عوامل تعمل على عزل الفرد عن غيره و هذا التوجه يؤثر بدرجة كبيرة على كيفية تعامل الفرد مع أفراد مجتمعه ، كما تؤثر على طريقة تعامل هؤلاء الأفراد معه ، فاعاهات الجسمية تعطل قيام الحواس و أعضاء الحركة عنده بوظائفها و تزيد من الأعباء على قدراته و طاقته و ينتج عنه إرهاقا و يزيد شعوره باليأس و الحسرة . و حتى إذا كانت قدرات الشخص قادرة على القيام بما تتطلبه الحركات ، فان شعور الأشخاص الآخرين و نظرتهم إليه تؤثر بدرجة كبيرة على طريقة سلوكه ، " فاذا ما اعترف الآخرون بوجود عاهة في أعضاء الحركة ، ثم أمكن للشخص المصاب أن يتغلب عليها ، و أن يؤدي وظائفه و أدواره الإجتماعية بطريقة متوازنة ، فان ذلك سيمكنه من التغلب على الإحساس بالنقص و العجز " . مختار محمد حمزة 1989 . لكن في غالب الأحيان فان الإصابة بالعاهات الجسمية من نتائجها أن يصبح المصاب عصبيا و سريع الإثارة و الغضب يتسم شعور الأفراد نحوه بالعطف و الشفقة و الحسرة . فيتولد لديه شعور مناقض يتسم بالإعتراض و العدوان إتجاه البيئة .

8-3- المشاكل الإقتصادية :

قد تتسبب الإعاقة في كثير من المشاكل الإقتصادية التي قد تدفع المعاق إلى ترك العلاج و التأهي و منها :

أ- تحمل الكثير من نفقات العلاج خاصة الإصابة بالشلل الدماغي و هي حالة تتطلب الكثير من الأموال و من نفقات العلاج .

ب-إنخفاض الدخل أو البطالة تؤثر لدى المعاق إذا كان هو المسؤول الوحيد على الأسرة حيث أن الإعاقة تؤثر على الأدوار التي يقوم بها .

8-4 **المشكلات التعليمية** :

يثير فئة المعاقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغارا أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كبارا ، فكثيرا ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجي أو سلوكه غير ملائم ، و لكن يجد صعوبة في مشاركة الآخرين خاصة في تصوراتهم و

شعورهم و في متابعة الآخرين كما يتطلب ذلك تشجيعهم على الإبتعاد عنه لأنه مختلف عنهم . فتعليم المصابين بالشلل الدماغي خاصة تصطدم بعدة مشاكل أهمها :

عدم توفر مدارس خاصة و كافية للفئات العقلية المتوطة ، كذلك عدم توفر الكوادر التعليمية المتخصصة .

نقص المناهج و الوسائل التعليمية اللازمة لهذه الفئات .

أما المعاقين حركيا و الذين يتمتعون بقدرات عقلية جيدة فيترتب على إلتحاقهم بالمدارس العادية العديد من العراقيل و الآثار و هي :

1- الآثار النفسية الذي يحدثها إلتحاق الطفل بالمدارس العادية و الناتج عن قلة الوعي لدى التلاميذ و الطلاب العاديين في إثارة المعاق و إلحاق به الأذى اللفظي و الجسدي كما أن كل مظهر حسي ظاهر أنه غير سليم يمكن أن يؤدي إلى عزلة المعاق و إبتعاده عن الآخرين ، كما أن الإثارة اللفظية باستعمال التسميات ، والسخرية و الإستهزاء باعاقة الفرد لها آثار نفسية كبيرة و تؤدي إلى نشوء تلأمراض النفسية .
2- عدم مراعاة قدرات الإعاقة الجسمية و الإضطرابات المصاحبة لمثل هذه الحالات في عملية التكيف المدرسي سواء بالمناهج أو المباني أو المرافق العامة ووسائل المواصلات .
3- غياب التشريع التربوي الذي ينص على تعلم المعاق و تأهيله آكاديميا ضمن البرامج التربوية العادية لفئات المعاقين خاصة لذوي القدرات العقلية الطبيعية . **ماجدة سيد عبيد(1999 ص** 45).

و نتيجة لمختلف هذه المشاكل فانه يؤثر سلبيا على عملية التحصيل الدراسي لهذه الفئة و هذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات من بينها دراسة " **باربور**BARBUR " التي أجريت على عينة من 40 حالة لشلل الطفال أظهرت أن 9 منها تأخر أصحابها بسنة واحدة و 4 تأخروا بسنتين و إثنين لمدة 3 سنوات دراسية و أنه لم يكن هناك مجهود نحو التطور .

و بعد محادثات مع مدرسين من مختلف التخصصات ، إتضح أن طريقة التدريس لهذه الفئة كانت بنفس الكيفية و نفس البرامج و المناهج التي يدرسها الأطفال العاديون .

و مع ذلك فقد رأى **نلسن** K . NILSON أن هناك تأخر كبير بين الأطفال المعاقين حركيا في مدارس " **منيوسوتا** " رغم أنه لم يتمكن من التمييز بين مختلف أنواع المعاقين حركيا ، و أكد هذا الإتجاه "**هال** HULL حين رأى ان الأطفال النعاقين حركيا في إنجلترا و ويليز غالبا ما يتأخرون في الدراسة عن زملائهم لمدة تتراوح بين سنة و نصف و سنتين .

8-5- المشاكل الطبية و العلاجية :

يتعرض المعاقين إلى أشكال مختلفة من الصعوبات الطبية و الصحية و منها :

- عدم معرفة الأسباب القطعية لبعض الإصابات بالشلل الدماغي و الإعاقة الحركية ككل .
- طول فترة العلاج و إرتفاع تكاليف العلاج و ما يلزمها من أجهزة تعويضية و مساندة .
- عدم توفر المراكز المتخصصة و الكافية لعلاج الشلل الدماغي خاصة في الوسط الرئيسي .
- عدم توفر المتخصصين المعالجين و الأجهزة الفنية لهذا العلاج .

بالإضافة إلى هذه المشاكل و ما تؤدي إليه من عدم التكيف الإيجابي للمعاق حركيا ، فان المجتمع يوفر ببعض من خصائصه حواجز و صعوبات تزيد من حدة الإعاقة و من أهمها :

8-6- الحواجز البنائية :

تعتبر طرق البناء و تشييد الهياكل من العوامل التي تحد من عملية تكيف المعاق حركيا فهي تحيط به و تمنعه من التحصيل العلمي أو الحصول على وظيفة و تقلص من تفاعله الإجتماعي ، مما يضعف من خبراته الحياتية و تقلص من قدراته العقلية كذلك و تشعره باليأس و العزلة و تؤدي به إلى الإصابة بمختلف الإضطرابات النفسية الحادة .

و يواجه المعاق حركيا هذه الحواجز في الطريق إلى بيته و داخل بيته و في الحي و في المدرسة و الجامعة و البريد و المسجد و الحديقة ، فكل التصاميم الهندسية لم يراعى فيها التصاميم الخاصة بالمعاقين التي تسهل من عملية تنقلهم ، و تخفف من معاناتهم اليومية .

8-7- مشاكل التأهيل المهني للمعاقين :

إن تحليل العمل من الناحية النفسية يؤكد أنه ليس مجرد جهود تبدل أو طاقة يبدلها العامل من أجل تحقيق منفعة فقط بل أكثر من ذلك و يمكنه من تحقيق ذاته و يمنعه من الإضطراب و الإنحراف ، فالفرد عندما يعمل يخرج من الإحباط و يتجنبه إذ كان متوافقا مع ما كان يريده ، و يقوى نموه النفسي و يزيد من قدراته و مهاراته الحركية ، و عليه فان الفرد المعاق الذي يتمكن من العمل و يبرز فيه قدراته يتخلص من العجز و يقوم بالتعويض الناجح .

إن العمل عند المعاق ذى أهمية إجتماعية و لإقتصادية و نفسية أكثر من الآخرين فهو عامل من العوامل الذي يستخدمها للتخلص من عقدة النقص إتجاه الآخرين و يمكنه من التفاعل الإيجابي و الإندماج و تحقيق بعض إتجاهاته و أهدافه في الحياة .

إن التوظيف يتطلب التأهيل و التأهيل يستلزم التكوين الوظيفي و المهني و يمكن أن نميز بين أسلوبين في التأهيل :

1- أسلوب تدريجي بحيث يركز إنتباهه وجوده حول تكوين مرحلي و هو تخصص مهني أو تعليمي يتبعه عبر مراحل عديدة و محددة يكسب من خلال الخبرة و المهارات اللازمة لآدائه .

2- أسلوب يوضع فيه المعاق في وسط مهني فعلي بدون أي خبرات يقوم من خلالها بمجهودات لأداء مختلف المهام التي تتطلب الوظيفة.

و هذا الأسلوب الأخير هو أكثر فاعلية لتوظيف قدرات المعاق و نشاطاته ، لكن الإستجابة الفعلية للمؤسسات ، لهذا الإتجاه ضعيف جدا و مرتبط بمجال العلاقات الغير رسمية . أما بالنسبة لمراكز التكوين و التأهيل فان الإستجابة لإحتياجات التكوين بالنسبة لهذه الفئة محدودة و تستوعب إختصاصات محددة لا تلبي في الغالب إتجاهات المعاقين خاصة للذين لم تتضرر قدراتهم الجسمية و العقلية كليا .

و نظريا يمكن أن نقول أن من شروط التأهيل المهني و التشغيل لذوي الإعاقات المختلفة ما يلي :

- يجب أن تحدد الفروق الموجودة في إستعدادات و قدرات الأفراد المعاقين على حدى ، إذ أن القدرات تختلف من معاق إلى آخر و تتفاعل مع شخصيته و الطموحات التي يصبو إليها .

كذلك لكل تخصص أو حرفة أو وظيفة خصائصها فقد تتفاوت تطلبات المهن من جهد عضوي أو عقلي أو مهارات ...

- يدرس الطبيب مع المختص النفسي القدرات الخاصة لدى كل فرد ، أما المهنة المقترحة فيقدمها المسؤول المهني و تنال موافقة الطبيب و المختص النفسي .

- و تقدم المهنة المقترحة في فترة تجريبية إلى المعاق و يتم تقييم أداءه المهني من حيث تكيفه في عمله و مع زملاءه و مسؤوليته . **عدنان السبعي ، مرجع سابق ص 5 .**

لكن هذه الإجراءات نادرا ما يتم إتباعها و العمل في مجتمعاتنا العربية خاصة إذا علمنا أن التشغيل مرتبط بالمردودية التي يحققها العامل خاصة في القطاع الخاص ، فالغالبية تتجنب تشغيل المعاقين ، فرؤية هؤلاء للاعاقة أنها تتناقض و متطلبات الشغل و الإنتاج و التسويق خاصة إذا علمنا أن نسبة كبيرة من الأفراد العاديين رغم ما يملكون من مؤهلات لم يتمكنوا من الحصور على وظيفة أو عمل مستقر ، و هذا ما يزيد من حدة أوضاع المعاقين خاصة ذوي الإصابات الحادة و المزمنة .

9- الضغوطات التي يتعرض لها المعاقين و أسرهم :

إن تفاعل أي فرد مع أسرته لا يقل أهمية عن أي تأثير التي تمارسه الأسرة على أفرادها و يتضح الأثر الذي يحدثه الفرد على أسرته خاصة إطا كان معاق ، فتأثيرات الإعاقة و المشكلات الناتجة عنها لا تقتصر على المعاق وحده و لكنها تمتد إلى جميع أفراد الأسرة بدرجات متفاوتة ، فبالإضافة إلى الضغوط و الصعوبات التي تواجهها الأسر جميعا في تربية الأبناء فان أسر المعاقين تواجه ضغوطا إضافية ناتجة عن الإبن أو الإبنة المعاقة ، وغالبا ما تجد هذه الأسر نفسها في وضع صعب يفرض عليها البحث عن خدمات تربوية و إجتماعية و إقتصادية لإبنها في مجتمع ينظر إلى الإعاقة و المعاقين نظرة سلبية ، فالإعاقة في المجتمع العربي أو الجزائري غير مرغوب فيه ، و هي تقود عادة إلى الشعور بالحرج و الألم و الإحباط و غيرها من الإستجابات الإنفعالية الغير سوية .

و عندما يكون أحد أفراد الأسرة معوقا فان الوالدين خاصة يعملون كل ما في وسعهم لتمكين الفرد من الإندماج في الوسط الإجتماعي و يتضح ذلك من خلال التأثير المتبادل بين الطرفين و يأخذ أشكال متعددة و تأثيرات مختلفة ، و تعتمد إستجابات الأسرة للاعاقة على عدد من العوامل من أهمها الإمكانيات المتوفرة و التي تساعد على التكيف مع المصيبة التي حدثت و التي تمثلها الإعاقة . و عندما تتوفر الإمكانيات في غالب الأحيان فان الأسرة تسعى بأي شكل من الأشكال على التخفيف على المصاب خاصة من الناحية النفسية و الصحية ، و تمثل للامكانات الإنفعالية بالعلاقات بين أفراد الأسرة ، فكلما كان أفراد الأسرة أكثر إرتباط ببعضهم البعض و إستطاعة أن تتعايش مع الإعاقة .

و تمثل الإعانات أو الإمكانات المالية أهمية كبرى لما تتطلبها طبيعة الإعاقة من موارد مالية للأسرة من خلال تكاليف العلاج أو الجراحة أو الأعضاء التعويضية ، لذلك فان عدم توفر الإمكانيات و الموارد المالية اللازمة قد يؤدي إلى ضغوط على الأسرة و الفرد المعاق .

إن الإعاقة من حيث نوعها و شديها ، و المشكلات المصاحبة لها دورا مؤثرا في رد فعل الأسرة و الإستجابات التي تقوم بها ، إذ تتأثر الإستجابات بمعنى الإعاقة للأسرة ، و التي تعتمد على معرفة الأسرة بطبيعة الإعاقة و بأسبابها ، و القيم و التجارب و الإعتقادات التي يحملها .

إن إعاقة أي شخص قد تشكل إضطراب و تولد ضغوط نفسية كبيرة على الأسرة ينبغي أن تطور إستراتيجيات للتعايش المناسب و الفعال مع الإعاقة على مدى الحياة ، فالضغوط النفسية هي الأحداث التي تقود إلى تغيرات ملحوظة في أوضاع الأفراد و مجرى حياتهم مما يؤدي إلى إستجابات معينة نفسية و فزيولوجية .

أما بالنسبة لأسر المعاقين فان المواقف المحدثة للضغوط النفسية هي تلك الأحداث أو التغيرات الحياتية الناتجة عن الإعاقة مما يؤثر على نظام الأسرة ووظائفها ، و لا ترتبط الضغوط النفسية بالمواقف المحدثة لها بقدر ما ترتبط باستجابة الأسرة و كيفية تقييمها لها ، و لما كان من المؤشرات على الضغوط النفسية للاكتئاب و الإنسحاب الإجتماعي و الحالات الإنفعالية المختلفة للأفراد و المشكلات في العلاقات الزوجية و الصراعات الأسرية فان الضغوط تقاس عادة من خلال قياس هذه المؤشرات .

و قد كشفت بعض الدراسات في هذا المجال على إتجاهات الأسرة نحو إبنها المعاق تتمثل في عدة مراحل تبدأ بالصدمة ثم الإنكار و يظهر في رفض الأسرة باعاقتها إبنها و التشكيك في رأي المختصين ثم الغضب حيث تتأكد الإعاقة و أخيرا الشعور باللوم و الذنب و الحزن ثم مرحلة التقبل و التعامل مع إعاقة الإبن . **عثمان لبيب فراج** 1986 **ص** 7 .

و تتضمن هذه المعاملة إتجاهات متباينة و تؤثر على نمو شخصية المعاق :

أ- **إتجاه الحماية الزائدة** : و هو كالتسلط يسلب رغبة الإبن في التحرر و الإستقلال عن مساعدة الأسرة حيث لا يعطى للابن الفرصة بالقيام بواجباته و ما يحتاجه مما يؤثر على خبرته و تجعل منه شخصا قلقا غير قادر على التكفل بنفسه .

و قد أثبتت الدراسات النفسية أن منح الحماية بشكل مفرط للمعاق يؤدي إلى نتائج عكسية تماثل نتائج القسوة .

ب- **إتجاه الإهمال** : و قد يكون هذا الإهمال صريحا أو غير ذلك و هذا يلاحظه المعاق من طرف الوالدين فيتولد لديه العدوانية و حساسية إتجاه الآخرين و شعور بالذنب و عدم الإنتماء إلى الأسرة .

ج- إتجاه التذليل : الذي يظهر في التهاون في معاملة الإبن و عدم توجيهه لتحمل مسؤوليات الحياة و تظهرهذه في إهتمام للأسرة باتباع إحتياجات المعاق مهما كانت هذه الإحتياجات فيعود المعاق على قضاء حاجات عن طريق الأم خاصة و يفقد من خلال الشعور بأي مسؤولية تحت قناع أنه معاق و لا يستطيع القيام بأي مهام .

د- إتجاه التذبذب : و هو التأرجح بين التواب و العقاب و اللين و القسوة فيخلق لدى المصاب عدم الإستقرار و التوتر النفسي .

و هناك إتجاه أخير يتمثل بالتفرقة في المعاملات بين أفراد الأسرة مما يولد إتجاه نحو حب الذات على حساب الآخرين . **عطيات ناشد ص** 185 .

10- **العوامل المؤثرة على إستجابات المعاقين حركيا** :

هناك العديد من العوامل المترابطة التي تؤثر على إستجابة المعوق حركيا منها :

10-1- السن عند حدوث الإعاقة :

فالفرد الذي تحدث له الإعاقة في فترة الطفولة تقل من إحتكاكه بالبيئة و الآخرين و يترتب عن ذلك أن نموه النفسي يتصف بالتجنب و عدم الإندماج مع الآخرين و بالتالي يصبح أكثر إرتباط بوسطه العائلي في تنقله و في قضاء كل حاجاته .

10-2- الجنس :

من الطبيعي أن جنس المعاق يؤثر على الأداء و التعويض و الإعتماد على الذات نظرا لما تحمله الإعاقة من آثار على الجنين بدرجات متفاوتة فالتشوه مثلا أو الإصابة في أحد الأطراف يكون أشد تأثيرا على الأنثى .

10-3- الإتجاه النفسي و الإجتماعي للمعاق :

كما قلنا من قبل فان الأسرة لها دور أساسي في عملية التكيف عند المعاق فاحاطة الأسرة بالمعاق و التماسك الذي تؤديه و الدعم و المساندة التي تقدمه للفرد تمكن هذا الخير من تجاوز الصدمة و مواجهة الموقف مما يقلص من الإستجابات السلبية ، و عكس ذلك إذا كان المعاق ينتمي إلى أسرة تعرف عدم الإستقرار و التفكك و غير راعية بكيفية التعامل مع الإعاقة من الناحية الإجتماعية و الثقافية و النفسية .

10-4- السمات الشخصية :

إن للسمات الشخصية أثر على مختلف الإستجابات التي يقوم بها المعاق ، فهي ترجع إلى الظروف التي نشأ فيها و طبيعة السلوكات التي تصدر منه و التي ترجع إلى عجزه الجسمي ، لكن إذا نظرنا أبعد من ذلك نجد أن المميزات الوراثية ، و كذلك تجارب الشخص الحياتية و تفاعله اليومي مع الآخرين قبل الحادثة له الأثر على طبعه و سلوكه إتجاه أفراد المجتمع ، فالمعاق الذي في حياته اليومية كان يشعر بعدم التكيف في علاقته بالأسرة و المدرسة ، أو الذي لم يستطع أنينمي لديه شعور بأهميته كشخص أو بالثقة بنفسه أو بالشعور بالأمن و الإستقرار قبل حدوث الإصابة ، فهذا سيكتسب مميزات نفسية من خلال السلوك السلبي و المخالفة المسبقة و الأسلوب العدواني و الإستعداد الدائم للعجز و سيطرة المزاج الإكتئابي من خلال السلوك القهري القائم على التصرفات القاهرة التي يعجز عن ضبطها أو أخدها ، كذلك العجز عن القيام بعلاقات متوازنة مع الآخرين خاصة عند الذين هم في سنه ، و قد تتغير هذه السمات في حالة ما إذا هيأت له بيئة مختلفة قد تكون

أفضل من بيئته الأصلية ، و كما أنه لا يكتسب سمات مثل العدوان و العنف و الغلضة أو أن يصبح خجولا و منطويا على نفسه إلا إذا كانت هذه الصفات لديه فعلا بشكل غير ظاهر قبل حصول العجز الحركي .

10-5- إتجاه الزملاء في المدرسة و العمل نحو الإعاقة :

أثبتت الدراسات أن إتجاه المعاق نحو المعاق إيجابي بالدرجة الأولى سواء في المدرسة أو في العمل ، و يتمكن من التوافق مع المعاقين نظرا للخصائص الجسمية و النفسية التي يتماثلون فيها . أما إذا تواجد المعاق في مدارس العاديين و في بيئة يكون فيها العمل مصمم إليهم فالإختلال يبدأ من نظرتهم إلى المعاق على أنه مختلف عنهم و يفتقد إلى العديد من القدرات التي يملكونها و بالتالي فهو يحتاج إلى المساعدة في تعلم طرق و أساليب مواجهة ظروف الحياة و الإندماج مع الآخرين لدى تكون إستجابة المعوق سلبية .

10-6- إتجاه العاملين في برامج تقويم المعاقين :

إن الإتجاه الإيجابي من جانب هؤلاء نحو الإعاقة يؤثر إيجابيا على المعاق ،و النقص في الإمكانيات و التجهيزات من شأنه أن يزيد من إستجابة المعوق السلبية .

10-7- إتجاه المجتمع نحو المعوق :

يمكن أن نقول بصفة عامة أن التصورات الموجودة في المجتمع حول الإعاقة هي تصورات سلبية فرضتها الثقافة السائدة حول ما هو سوي و ما هو مختلف عن المعايير الموجودة ، فليس هناك تصور صحيح حول طبيعة الإعاقات و قدرات الفرد المتبقية ، و هناك تصورات إجتماعية نمطية حول الذي يستعمل الكرسي المتحرك أو يمشي بجهاز خاص أو يجد صعوبة في المشي قد فقد كل المعايير الطبيعية لإستعادة الحياة كالآخرين ، و بالتالي ينظر إليه على أنه مريض و يحتاج إلى العناية الطبية المستمرة بالإضافة إلى المساعدة الدائمة التي يتطلبها باستمرار لأداء كل ما يحتاج إليه .

و تختلف نظرة المجتمعات للمعاقين و ذلك للأسباب التالية:

المعتقدات الخاطئة عند الأسر و غياب الوعي لدى الأفراد حوت الإعاقة و خصائصها ، و تختلف نظرة المجتمع كذلك حسب مستوى الإقتصادي و الإجتماعي و الثقافي و العلمي ، و يعتبر الفقر عامل من العوامل الذي يزيد من حدة الإهمال للاعاقة . **عدنان السبعي** 1982 **ص** 65 .

11- أهمية الجماعة في حياة المعاق :

يحتاج أي فرد من الأفراد إلى جماعة ينتمي إليها و يتفاعل معها و يحقق من خلالها إستجابات ينتمي به ذاته و تشعره بالأمن و التوازن و تعتبر جماعة الأصدقاء من الجماعات الأولية التي يتفاعل معها الفرد و لها تأثير على التوافق الناجح للمعاق و ذلك يعتمد على تفاعلهم و أفعالهم و إتجاههم السليم نحو المعاق ، و تنعكس كذلك عليه سلبا فتشعره بعدم الأمن و اليأس و الإرتباك و الشعور بالذنب مما يخفض من إحترامه لذاته و يزيد من أعباءه على الآخرين OLIVIER MICHAEL **ص** 117 .

أيضا قد تزيد بعض الجماعات من إحساس المعوق بعدم الكفاءة و الضعف في مجالات معينة يتوقع أن يكون فيها في مستوى مقبول من الأداء ن لكن آراء الآخرين تجعل إرادته تضعف فيصبح عاجزا عن أداء أي شيء ، و قد تؤدي الجماعة إلى إثارة الإنفعالات السلبية و العدوانية من خلال عدم الإعتماد على الشخص المعاق في أي المهام و عدم تكليفه بأي شيء من الأعمال . و هذا ما يثير فيه الإستسلام و السخط و عدم الرضى .

12- صراع القيم لدى المعاقين :

ننظر إلى مفهوم صراع القيم على عدم الإنسجام داخل مجموع القيم للتي يكتسبها و يتبناها الفرد ، و الصراع يتضمن وجود حاجات أو أهداف متصارعة و متعارضة ، و هي بذلك تولد لدى الفرد شعور سلبي كالإحباط و الحرمان و قد ينتج عن الصراع سلوكات و إستجابات غير سوية ، و يعرف **لورانس شافر** السلوك الغير سوي بأنه توافق غير ملائم لصراع بين حاجات الفرد و حاجات البيئة ناتج عن عملية تعلم فاشلة ، و للصراع لدى المعاقين مجالات متعددة نذكر منها :

12-1- في المجال الأسري :

وهناك ثلاثة إتجاهات لها دور في الصراع القيم و هي إتجاه السيطرة و التسلط من بعض أفراد الأسرة على الإبن المعاق و تتضمن حرماه من رغباته المختلفة و منعه من القيام بسلوكات لا يرضى عنها أحد أعضاء الأسرة ، و إتجاه الحماية الكلية التي لا تفتح مجال المعوق للقيلم بأي الأعمال حيث أن كل الأدوار و الواجبات يقوم بها أحد أفراد

الأسرة بدلا عنه ، و إتجاه ثالث يتميز بالإهمال الذي يراد به ترك المعاق يصارع أعباء الحياة اليومية دون تدخل للقيام بالمساندة أو التشجيع .

و يتولد عن هذه الإتجاهات آثار سلبية على القيم التي يحملها فاتجاه السيطرة و منعه من تحقيق رغباته يؤدي إلى إضطراب الشخصية و إبتها بالقلق و الإنهاك ، و الحماية الكلية تشل قيم المواجهة و الإستقلالية في الحياة و تقلل من تقدير الذات ، و إتجاه الإهمال يؤثر على قيم التكافل و التضامن و المساندة و تجعله غير متكيف في المواقف الحياتية و ما تحملها من ضغوطات .

12-2- **المجال الجنسي** :

حيث الدافع الجنسي من أهم الدوافع الفزيولوجية التي تؤثر في سلوك الإنسان تأثيرا كبيرا . و قد ينشأ عن الحرمان الطويل كثير من الإضطرابات النفسية و التي لها أسباب إجتماعية ، كذلك تأثر تلإعاقة على كثير من المعاقين و يؤدي إلى شعورهم بالنقص و الضعف إتجاه الآخرين بالإضافة إلى عدم قدرة بعضهم على إقامة علاقات إجتماعية سوية مع المحيطين بهم ، و نظرة بعض فئات المجتمع السلبية إليهم و كل ذلك يعيق من تحقيق الحاجة الجنسية .

12-3- **المجال الديني** :

ومن الصراع القيم في هذا المجال التناقض بين ما تفرضه القيم والتعاليم الدينية ، و الأخلاق و الرغبة في تحقيق حاجات الأفراد خاصة فيما يتعلق باتجنس ، و ينظر بعض المعاقين إلى إعاقاتهم إلى نوع من متعة يقوم بها كل الأفراد إلا هم مما يولد لدى البعض منهم إحساس بأن نوع من الظلم وقع عليهم دون غيرهم من طرف القدر و يدعم هذا الشعور التعامل الغير سوي من طرف فئات و مؤسسات المجتمع لهذه الفئة .

13- **الإعاقة مشكلة عالمية** :

تثير أرقام منظمة الصحة العالمية أن عدد المعاقين في مختلف مجتمعات العالم تسجل زيادة كبيرة حيث بلغت نسبة المعاقين من سكان العالم 10 ٪ و هو في زيادة مستمرة و يقدر عدد المعاقين بـ 400 **شخص** و معظم حالات الإعاقة في الدول النامية ، وكانت الأرقام السابقة تشيرإلى حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة تقدر نسبتها بـ 2-4 ٪ و تدل هذه الأرقام على وجود ملايين من حالات الإعاقة من مختلف الأعمار **و** مختلف الفئات و

يطلق على المعاقين الفئات الخاصة أو " **ذوي الإحتياجات الخاصة " أو " متحدي الإعاقة "** لتجنب الواقع السيء و الصفة التي يحملها وصف الإعاقة و يضاف إلى ذلك العبء الذي يواجه المعاق و أهله في المجتمعات المتخلفة و إنخفاض الدخل و تدني مستوى الرعاية الصحية و الإجتماعية و قد أجريت دراسات عديدة في هذا الإتجاه و منها دراسة في أوغندا بينت أن نسبة المعاقين تشكل 38 ٪ أغلب أسر هؤلاء من الفقراء . و أجريت دراسة كذلك في جمهورية صربيا و الجبل الأسود بينت أن 70 ٪ من المعاقين فقراء .كما أن إحصاء أجري في الصين أظهر أن نسبة المعاقين تشكل 5 ٪ من السكان و تشكل نسبة الإعاقة الجسدية 20 ٪ من هذه النسبة .

أما في العالم العربي ، رغم عدم وجود إحصائيات رسمية موثقة ، فان عدد المعاقين يقدر بـ 20 **مليون** شخص و في إفريقيا يزيد عدد المعاقين عن 100 **مليون** يعاني أغلبهم من التهميش و الفقر ، و تعاني المرأة المعاقة من الإقصاء المزدوج أكثر من الرجل في الدول العربية و الدول الفقيرة فهناك مجموعة من الحواجز الثقافية و الإجتماعية و الإقتصادية التي تجعل النساء المعاقات يعشن التهميش ، فالنظم الثقافية لها الأثر في إعطاء تصور سلبي حول المرأة المعاقة لا يستجيب للضوابط و المرجعيات التي يعتمدها المجتمع في تعامله مع المرأة ، فالمرأة كما في تصور العام لا يمكنها أن تحسن القيام بدور الزوجة و لا تستطيع أن تكون مثل جميع الأمهات فبعض الأفكار و التصورات ترى " أنها لا تصلح لشيء " مما يجعلها " مستهلكة و غير منتجة "

14- **المرأة و الإعاقة :**

إن تهميش المرأة المعاقة يبدأ من الصغر ، و من مؤشرات هذا الإهمال معطيات تتعلق ببعض الأمراض . و من الدراسات التي أكدت هذا الإتجاه دراسة أنجزت في المغرب حول مرض الشلل ، و هو المسببات الرئيسية للاعاقة الحركية خلال الثلاث عقود السابقة حيث أظهرت الدراسة أن نسبة الإناث تمثل 76 ٪ من المعاقين بينما الذكور يمثلون نسبة 24 ٪ من المعاقين في الوقت الذي كان من المنتظر أن تكون نسبة الذكور مع الإناث متساوية

و يرجع الفرق المسجل حول الجنسين لكون الأسر تذهب بالأولاد إلى الطبيب و تعالجه و يلقى المساعدة من طرف الأهل بينما الإناث لا تلقى نفس الإهتمام و العناية

الصحية مما يجعل العديد من هؤلاء يمتن من جراء الإهمال ، من جهة أخرى ، المرأة المعاقة لا تتوفر على نفس حظوظ الطفل للحصول على وسائل العلاج و على الأجهزة التعويضية و الخدمات المتعلقة باعادة التربية و التأهيل من أجل الحد من الإعاقة .

كذلك بالنسبة للتعليم الفتيات المعاقات فان نسبة الأمية مرتفعة في وسط النساء المعاقات من كلا الأجيال مقارنة بباقي النساء . **خديجة مفيد .** 1998 .

و ترى كذلك أن حاليا لا الأسر و لا المجتمع يوليان أهمية خاصة لتعليم المعاقة و تكوينها ، بل هناك من يعتبر أن العملية تضييعا للجهد و المال لأن الفتاة المعاقة ، حتى إن تعلمت فهي لا تتوفر على أدنى حظ لكي تصل إلى إستقلالها المادي ، بل ستضل محتفظة على الدوام بوضع الطفل ، الذي لا يستطيع أن يستغني عن الآخرين ، بالنسبة للذين إستطعن الدخول إلى المدرسة ، فانهن يعانين ، مثل رفاقهن من نقص في فرص التعليم بالنسبة للمعاقين حركيا ، و تزيد المعاناة كلما إتجهنا إلى الأرياف بالنسبة لهذه الفئة ، و حسب شهادات عديدة فان الفتيات يتشبثن بالمدرسة و يعتبرن أن الحصول على تكوين جيد عامل أساسي للحصول على منصب عمل و الإندماج في الحياة الإجتماعية . و الشغل أفضل حماية ضد الفقر بالنسبة للأشخاص المعاقين ة مع ذلك ، فان 10.1 ٪ فقط من الأشخاص المعاقين معضمهم من الذكور يمارسون نشاطا لإقتصاديا . إن ضعف هذا الرقم يبين بأن الأشخاص المعاقين حتى عندما يتوفرون على قدرات توازي قدرات الأشخاص العاديين لا تعتبر في نظر الآخرين كافية لتحمل مسؤولية أو إتخاذ أي قرار .

و المرأة المعاقة تعد في حالة إقصاء من التشغيل أكثر من الرجل المعاق ، إن هذا الإقصاء لا ينتج عنه عبء رغم التهميش الحاصل في ميادين التعليم و التكوين حيث أن الكثير من هؤلاء الفتيات يشاركن الحياة اليومية لعائلاتهن (الأشغال المنزلية ، تربية الأطفال ...) بل و يساهمن في تنمية الموارد المالية للعائلة عن طريق القيام ببعض الأعمال كالخياطة و الطرز و الحياكة و غيرها من الموارد التي يتم تسويقها ، و حتى في هذه الحالات ، فان الأسر ، نادرا ما تعتبر هذه المساهمة و تقدرها ، فيتم إستنزاف طاقات النساء المعاقات في أعمال تفيد الآخرين دون أن تضمن لهن موردا خاصا يساهم في ضمان إستقلاليتهن .

أما بالنسبة للحالة الإجتماعية : فان الأشخاص العاديين ينظرن إلى هيئتهن الجسدية و ليس إلى قدراتهم و مؤهلاتهم ، و توجد النساء المعاقات في وضعية إقصاء من الزواج ، و حرمان من إمكانية تكوين أسرة ، و إذا ما حدث و أن تم الزواج يكون غالبا إما في إطار عائلي أو مع شخص معاق ، و في هذه الحالة فان غياب الإرشاد الطبي كثيرا ما يؤدي إلى ولادة أطفال معاقين (عن طريق الوراثة أو تشابه في أصناف الدم ...) ، و تعاني النساء المعاقات ، أكثر من غيرهن من سوء المعاملة و التحرش الجنسي .

و بشكل عام فان النساء المعاقات كثيرا ما يدخلن وضع التهميش الإجتماعي الذي يفرضه المجتمع و ثقافته و تعيد إنتاجه قنوات التنشئة الإجتماعية التي تظهر المرأة المعاقة في أدوار سلبية تتميز بالعبىء و عدم التكيف و ينتج عنه ضعف التعبير عن المطالب و الحقوق المشروعة لهم و ضعف مشاركتهن بشكل مباشر في الحركات المنظمات من أجل تفعيل و التحسيس بحقوقهن كأفراد يعيشون في المجتمع ، و يلاحظ كذلك ضعف إهتمام الجمعيات العاملة في مجال المرأة و الإعاقة .

الدراسات السابقة حول الإعاقة الحركية :

1) دراسة محمد أصلح فالح هيشان :

تناول فالح هيشان دراسة القلق و الإكتئاب لدى المقعدين قبل و بعد التأهيل ، حيث تناول فيه المصابين بالشلل السفلي ، شلل الأطراف السفلى الناتج عن إصابة النخاع الشوكي و الذي يتميز بعجز دائم للوظائف الجنسية ، و فقدان التحكم في عمليات التبول بالإضافة إلى عدم القدرة على المشي ، و يهدف هذا البحث إلى مقارنة مستويات القلق و الإكتئاب لدى المقعدين في مراحل قبل التأهيل و ما بعدها ، ثم إكتشاف الخصائص النفسية المرتبطة بالمقعدين .

و قد تكونت العينة من 20 مقعدا من الذي يستخدمون الكرسي المتحرك .

أدوات القياس : إستخدام الباحث الإختبارات التالية :

- مقياس القلق لتيلور .
- مقياس الإكتئاب من قائمة منسيوتا للشخصية متعدد الأوجه .
- المقابلة الإكليكية .

- إختبار إسقاطي : إختبار تفهم الموضوع .

و كانت النتائج كالآتي :

ظهرت ذات دلالة إحصائية بين مستويات القلق و الإكتئاب و الإصابة بالشلل السفلي ، لكن الإصابة وحدها ليست هي المسؤولة عن مظاهر عدم التوافق .

ظهرت فروق ذات دلالة إحصائية بين المقعدين و غير المؤهلين و المقعدين المؤهلين .

في كلتا الحالتين وجد أن هنالك عوامل أخرى تؤثر على الإعاقة و على مدى التوافق مثل : التقبل الأسري و الإجتماعي ، العوامل الإقتصادية ، سمات الشخصية قبل الإصابة ، الإتجاهات التعليمية و الإهتمامات الدينية

- إن إرتفاع مستوى القلق و الإكتئاب لدى المقعدين قد يدل على الصراع من أجل التوافق أو عدم التوافق .

- إن إنخفاض مستوى القلق و الإكتئاب لدى المقعدين قد يدل على التوافق الفعال ، أو التوافق السلبي أو عدم التوافق .

- أبدى بعض المقعدين بشكل عام علامات التكيف النفسي مع الإصابة ، و قبول تام لبرامج التأهيل ، و التكيف مع الحياة و النظرة الإيجابية للمستقبل .

و كانت الإستجابات النفسية للاصابة بشلل الأطراف السفلى كالآتي :

يعد كل من القلق و الإكتئاب من أبرز الإستجابات النفسية للاصابة كنتيجة لمشاعر النقص و الدونية ، و الإحباطات و الإنسحاب أو الإغتراب ، و إنعدام التقبل الأسري أو الإجتماعي ، و التغير المفاجىء الذي حدث للوضع الإجتماعي و المهني و إنعدام الأمن . بالإضافة إلى إنكار الإعاقة ، الإعتماد على الآخرين ، مظاهر الصراع ، الغضب و مظاهر العدوان و التعويض .

كما وجد أنه توجد أنماط للتوافق خاضعة الاعاقة :

التوافق الفعال و من مميزاته : تقبل للاعاقة ، الإستقلالية ، التفكير بحلول بناءة .

توافق سلبي : غير متقبل للاعاقة ، إعتماد على الآخرين غير مبالي ، مزاج إكتئابي

2) دراسة بومعزة مليكة 1985 :

قامت هذه الباحثة بدراسة حول الإعاقة الحركية و أثرها على التحصيل الدراسي ، حيث حاولت الكشف عن العلاقة بين النجاح المدرسي و علاقتها بالإعاقة الحركية ، و كانت النتائج التالية و التي أظهرت أن الإعاقة ليست في حد ذاتها عائقا على الإستعاب و النجاح المدرسي و إنما الطفل المعاق هو الذي يتبنى هذا الإعتقاد و ذلك راجع إلى المحيط الذي يعيش فيه ، كذلك وجدت أن الصعوبات التي يواجهها الطفل المعاق نابعة من حالات عدم التوافق النفسي ، و كذلك لبعض الإتجاهات السلبية من طرف الأسرة و المجتمع . **بومعزة مليكة(** 1985).

3**) دراسة دافية زيتوني** 1989 : تطرقت هذه الدراسة إلى موضوع التكيف النفسي الإجتماعي للفتاة المعاقة حركيا ، حيث تطرقت إلى العوامل التي تحدد مستويات هذا التكيف و قد إعتمدت على دراسة حالة لعشيرة فتيات معاقات حركيا . و توصلت إلى نتائج مفادها أن :

- تحسين موقف الغير إتجاه الفتاة المعاقة يساعد هذه الفئة على تجاوز مشكلاتها النفسية و تقبل إعاقتها .
- يرتبط مستوى التكيف النفسي الإجتماعي للفتاة المعاقة حركيا بقدرتها أو عدم قدرتها على التعويض الإيجابي للاعاقة .
- يرتبط مستوى التكيف النفسي الإجتماعي أيضا للمعاق بنظرة و إتجاه المجتمع نحوها أكثر مما يرتبط بنوع الإعاقة الحركية في حد ذاتها .**دافية زيتوني (**1989).

و قدمت لنا هذه الدراسة فكرة عن أهم العوامل التي تساعد على التكيف النفسي الإجتماعي للفتاة المعاقة حركيا و عم بعض العوامل التي قد تحدد مستويات هذا التكيف ، غير أنه يبدو من الصعب تعميم النتائج التي توصلت إليها إقتصرت على عينة صغيرة جدا من الإناث و ينتمون إلى منطقة جغرافية واحدة . **عن العربوزي ربيع** .

4**) دراسة فان روي** VAN ROY 1957 : قامت الباحثة بدراسة على عينة من المعاقين حركيا و كان الهدف منها هو معرفة تأثير الإعاقة الحركية على حياة الفرد ، و توصلت الباحثة إلى أن الإعاقة الحركية تحمل معها مجموعة من الإنفعالات التي تؤدي إلى الإحباط ، فهي تمنع من إتباع مختلف الحاجات للمعاقين و تحد من إستقلاليته و تعيق

تحقيقه لذاته و أكدت أيضا على أن الإعاقة الحركية تؤدي إلى ظهور إستجابات مختلفة عن المعاق حركيا من بينها :

- إستجابات المراوغة التهريبية .
- الإستجابات العدوانية .
- الإستجابات الإنفعالية .عن **العربوزي ربيع** 2001 .

5) **دراسة بيس** PAISSE 1972 :

تهدف الدراسة إلى معرفة أهم السمات الشخصية للمعاق حركيا و لقد توصلت إلى النتائج التالية :

- إنعدام الأمن النفسي العاطفي و الذي يعود إلى الشعور بالدونية و فشله في التعويض .
- الإضطراب الإنفعالي بسبب التبعية للغير و عدم القدرة على الإستقلال .

6) **دراسة هرن** HERREN 1973 :

حاولت هذه الدراسة الكشف عن الآثار النفسية التي تحدثها الإعاقة و هي :

- تؤدي الإعاقة الحركية إلى سوء التكيف و باتالي إلى تخلف الأداء أو إكتساب مبادىء خاطئة للمكان و الزمان .
- تؤدي الإعاقة الحركية إاى إضطرابات سيكولوجية ، كالإنطواء ، و شدة الحساسية و العزلة و القلق .

7) **دراسة رقوسك و هانا** HANNA et REGOUSK 1991 :

قامت هاتين الباحثتين بدراسة تحليلية لتقدير الذات كسمة من سنات الشخصية ، و للمشاركة الإجتماعية كنظام إجتماعي و ثقافي ، و توصلت أن للمعاقات مستوى منخفض لتقدير الذات ، و أن لهن مشاركة محدودة في النشاطات الإجتماعية و الثقافية . عن **العربوزي ربيع** 2001 .

8) **دراسة تيري** TRRRI 2002 **:** أوضحت نتائج دراسة **تيري** TERRI لعينة من الأطفال المعاقين أن لديهم تصور سلبي مما يؤثر على كفاءتهم الإجتماعية و ذلك قد يعيق تفاعلاته الإجتماعية ، أيضا بينت الدراسة أن الأطفال المعاقين هم أقل مشاركة في الأنشطة الإجتماعية و التفاعل مع الآخرين .

*كما أن هناك دراسة قام بها "**هنشاو** HINSHAW 1994" أظهر أن المعاقين لهم إتجاهات سلبية إتجاه الآخرين و خاصة مع أفراد العائلة ، و يتميزون بالعدوانية و ينسبون فشلهم إلى عوامل خارجية .

** و من خلال كل هذه الدراسات التي تناولت موضوع المعاقين و إتجاهاتهم النفسية و الإجتماعية ك، أن الإعاقة تترك آثار نفسية على المعاقين كالشعور بالدونية و نقص تقدير الذات و الإحباط و القلق و الإكتئاب.

الفصل الثاني

الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين "

المبحث الأول :
الضغط النفسي .

تمهيد

1- مفهوم الضغط النفسي .

1-1- مصطلح الضغط .

1-2- تاريخ مصطلح الضغط .

2- مصادر الضغوط النفسية .

2-1-الضغوط المادية البيئية .

2-2-الضغوط النفسي الإجتماعية .

3- الخبرات الحياتية و الضغط المفسي .

4- أبعاد الضغط النفسي .

5- أنواع الضغوط .

6- أعراض الضغوط .

6-1- الأعراض الحسدية .

6-2- الأعراض الإنفعالية .

6-3- الأعراض الذهنية .

6-4- الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية .

7- نظريات الضغوط النفسي

7-1- النظريات الفيزيولوجية للضغط النفسي .

7-1-1- نظرية ولتركانون .

7-1-2- نظرية هانزسيلي .

7-2- نظرية علم النفس الإجتماعي للضغط .

7-3- نظرية علم النفس المعرفي للضغط .

7-4- نظرية موراي للضغط النفسي .

7-5- نظرية كوبر للضغط المفسي .

8- علاقة الشخصية بالضغوط المفسية .

9- علاقة الضغط النفسي بالقلق .

10- علاقة الضغط النفسي بالإكتئاب .

الضغط النفسي

تمهيد:

يواجه الفرد بصفة خاصة الكثير من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها أو مهددة له ، و تعرض توازنه النفسي و الجسمي إلى الإضطراب و تعيقه في أداء مهامه اليومية ، و تسمى هذه المواقف الضاغطة ، التي تؤدي إلى الضغط النفسي stresse ، حيث أصبحت هذه الكلمة من الكلمات الشائعة لدى مختلف الفئات ، و الضغوط تعتبر من العوامل المهمة في حدوث الإجهاد و الإنفعال الزائد لدى الفرد و الذي يؤدي إلى الإنهاك .

لذا تمثل الضغوط و الإنهاك أهم الموضوعات الحديثة التي لها أثر كبير في مجتمعنا الحالي بسبب التأثيرات العقلية و الجسمية التي يمكن أن تسببها للفرد .و على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي stresse من جانب المهتمين بالصحة النفسية و الجسدية ، إلا أن مفهوم الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا ، لأن أبعاده متعددة و الزاوية التي ينظر إليها تختلف باختلاف الإتجاهات النظرية . ففي هذا المبحث سنتطرق إلى مختلف التعاريف التي قدمت لتحديد مفهوم الضغط النفسي و تحديد أبعاده و الأعراض التي يؤدي إليها و العوامل المرتبطة به .

كما سنتطرق إلى عدد من الباحثين الذين إهتموا بموضوع الضغط النفسي . 1-

مفهوم الضغط النفسي :

تعددت الكتابات حول موضوع الضغط النفسي و إختلاف التعاريف في صياغة مفهوم موحد يساهم في الكشف عن الأبعاد المختلفة للضغوط و عليه سوف نقدم مختلف التعاريف التي حددت خصائص هذا المفهوم و هي كالآتي :

1- مصطلح الضغط يستخدم للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة . و تحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية مثل كثرة المعلومات التي تؤدي إلى إجهاد إنفعالي . و تظهر الضغوط نتيجة التهديد و الخطر . و تؤدي الضغوط إلى تغيرات في العمليات العقلية وتحولات إنفعالية و

بنية دافعية متحولة للنشاط ، و سلوك لفظي و حركي قاصر **(معجم علم النفس 1996 . ص** 203) .

2- و تعني الضغوط أيضا ، تلك الظروف المرتبطة بالضبط و التوتر و الشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد و ما ينتج عن ذلك من آثار جسمية و نفسية ، و قد تنتج الضغوط كذلك من الصراع و الإحباط و الحرمان و القلق .

3- تعد الضغوط النفسية ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يختبرها الفرد في مواقف و أوقات مختلفة من حياته اليومية ، و هذا يتطلب منه توافقا مع البيئة التي يعيش فيها .

4- و تشير (**سوقية السمادوني** 1993 **ص** 39 **)** إلى أن بعض الباحثين يرون أن قدرا من الضغوط يكاد يكون ضروريا لمجابهة متطلبات الحياة اليومية ، و هذا هو الجانب الإيجابي للضغط ، و هناك البعض الآخر ممن يرون أن التعرض المتكرر للمواقف الضاغطة يترتب عليه تأثيرات سلبية على الحياة ، و هذا الجانب السلبي للضغوط .

5- أما **فولكمان و آخرون (**1972**)** يعرفون الضغوط بأنها حالة ناشئة من عدم وجود توازن المتطلبات المفروضة على الفرد و قدرته على الإستجابة لتلك المتطلبات .

6- و تذهب **(فيولا البلاوي** 1988 **ص** 45**)** إلى أن الضغوط هي تلك الحالة التي يتعرض فيها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعا من التوافق ، و تزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما إزدادت شدة الظروف أو المطالب و إستمرت إلى فترات طويلة .

7- و يعرف (**موسى جبريل** 1995 **ص** 147) الضغط النفسي بأنه تلك الحالة الوجدانية التي يختبرها الف رد ، و الناتجة عن أحداث تتضمن تهديدا إحساسه بالحياة الهادئة ، و تشعره بالقلق بمواجهتها .

8- و يشير(**الوثانس** 330 **:1988** luthns) إلى الضغوط بأنها إستجابة تكيفية للمواقف الخاصة التي تؤدي إل مجموعة من الإختلالات البدنية و النفسية و السلوكية لدى الأفراد .

9- و يرى كل من **زيدان السرطاوي و عبد العزيز الشخص** 1998) أن الضغط النفسي يعبر عما يحدث للفرد عندما يتعرض لمواقف تتضمن مؤثرات يصعب عليه مواجهة متطلباتها و بالتالي يتعرض لردود فعل إنفعالية ، و عضوية ، و عقلية تتضمن مشاعر سلبية و أعراضا فزيولوجية تدل على تعرضه للضغوط .

10- إن مصطلح الضغط النفسي يثير حسب (والكر 2001 WALKER) ، إلى تعرض الشخص لصعوبات و مشكلات ترهقه و تفوق طاقته على التحمل ، و الضغط قد يهدد صحة الإنسان و سلامته ذلك أنه قد يولد ردود فعل جسمية أو سيكولوجية على المدى القصير أو المدى الطويل . و هو يستخدم أحيانا كمرادف للقلق إلا أنه يشمل أبعاد إضافية مهمة (في **جمال الخطيب : 2001 ،** 188) .

11- و يرى (SPENCE .N et . ANTY 1986) أن الضغط النفسي يشير إلى أي تغير داخلي أو خارجي ، من شأنه أن يؤدي إلى إستجابة إنفعالية حادة أو مستمرة و تمثل الأحداث بما فيها ظروف العمل أو التلوث البيئي أو السفر و الصراعات الأسرية ضغوط ، مثلها مثل في ذلك الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض ، أو الأرق ، أو التغيرات الهرمونية الدورية .

*** و أكدت دراسات **لازاروس و فولكمان ،** 1984 **، و آخرون** KANNER .A **. كانر** 1981) أن موضوع الضغوط النفسية و التكيف لها ضرورة التعرف على حوادث أساسية شديدة التأثير (كموت أحد أفراد الأسرة أو ترك العمل) **كانر و آخرون** 1981 ، ثم إنتقل تركيز الدراسات على أهمية تثمين الحوادث من طرف الفرد و بالتالي الحكم عليها بأنها لإيجابية أو سلبية أو محايدة ، و عند الحكم عليها بأنها سلبية ، يحكم عليها الفرد بأنها مؤذية أو مهددة أو مثيرة للتحدي (**لازاروس و فولكمان**) .

بينما ركزت الدراسات الأكثر حداثة على عملية التكيف اليومية نحو الحوادث الضاغطة البسيطة كمثيرات سلبية للحياة اليومية المتكررة .

و يعرف الضغط كذلك : هو مجموع الإضطرابات البيولوجية و النفسية التي يسببها عدوان ما على الجهاز العضوي في الجسم البشري و ردود فعل هذا الجهاز . **رينو جاكلين .** 1990 **.**

1-1 مصطلح الضغط :

الضغط هو مجموع الإستجابات الفزيولوجية (عرق ، تسارع دقات القلب و التنفس) و النفسية (خوف ، إضطراب النوم) الذي تظهر عندما يكون الشخص خاضع إلى تغير في الموقف ، و أكثر تبسيط ، الضغط هو إحساس نتحمله عندما نكون في مواجهة موقف نعتقد أننا لا نستطيع مواجهته بطريقة صحيحة ، حيث يحدث إحساس بالإضطراب و الضيق . و هو رد فعل الجسم ضد إعتداء خارجي مما يؤدي إلى تحريك مجموعة من ردود الأفعال العصبية و الهرمونية .

و يسمح الضغط بتجنيد قوى جسدية و عقلية ، مثل : إرتفاع دربات القلب و التنفس (وهذا راجع إلى تفريغ الأدريالين) حيث يسمح بادخال الأكسجين إلى العضلات ، لكن يمكن أن يفقد قدراته و يظر بالعملية . و هذا الوضع يرهق الجسم و يؤدي إلى العياء و يساهم في حدوث و ظهور أمراض خاصة أمراض القلب .

و عليه فان مصطلح الضغط يجمع عدة معاني :

- التغير ، السبب الخارجي المسبب لرد فعل ، المثير أو المسببات ، و نستطيع تحديد هذا من خلال لفظ "إرغام" أو ضغط عصبي .

- و الإستجابة التكيفية لهذا الضغط و الذي نحددها بمصطلح " توتر عصبي " . و هذه الإزدواجية في المعنى تجعل كل واحد منا سيتعمل مصطلح الضغط لتحديد ما يشعر به الفرد في وقت معين ، و يمثل الضغط دائما صورة سلبية لأن الأفراد يربطونه بالخوف أو الغضب و هما إنفعالات نحد بالنظام النفسي .

في حين أن الفرح الشديد و النجاح يستطيع أن يسبب رد فعل فزيولوجي (ضغط عضلي ، إرهاق ...) ، و عليه يمكن أن نقول أنه يوجد نوعان من الضغط .

ضغط إيجابي بالنسبة للجسم . و الضغط الضار المقلق ، إذا كان مستوى التوتر مع الموقف و الإستجابة فهو لإيجابي أما إذا كان عكس ذلك أي غير متكيف و غير متجانس ، سيزيد من التوتر و بالتالي ستكون لإضطرابات فزيولوجية و نفسية .

و يجب أن نعرف أن الضغط موجود من القدم و الفرد يواجه العديد من المواقف المضطربة التي تسبب الإختلال ، و هذه المواقف و المخاوف و الأحداث مرتبطة بمستقبلنا المادي ، و بالصحة ، و أوضاعنا الإجتماعية و الإقتصادية و البيئية بصفة عامة ....و في أغلب الأحيان نقوم بمحاولة حل المشاكل بدون أن نعلم من أين تبدأ ، و

بالتالي فان الفرد يقوم بادراك متطلبات محيطه و يحاول الإستجابة إلى هذه المواقف بمجموعة من السلوكات الخاطئة .

1-2- تاريخ مصطلح الضغط :

يعود أصل كلمة ضغط stresse إلى اللغة اللاتينية من خلال كلمة stringere التي تعني " أصبح متصاب " شد serrer ، ضغط presser، و هذه الجذور لها مأخذ ثاني في اللغة الإنجليزية ، ففي 1303 كتب ROBERT MANNYG في كتابه HAND LYNGSYNNE و الذي تناول فيه موضوع الضغط .

ففي القرن 17 كان مصطلح الضغط تعبيرا عن " حالة ضيق " في بريطانيا، من خلال كلمة détresse التي لهاعلاقة مع القهر apression و الحرمان privation و العدوان adversité ، و كل هذه تعيد فكرة الإحساس باضيق و الإختناق و الغم ، و صعوبة الحياة و الفقدان و الخسارة ، و العياء و الحزن أو المزيد من الألم .

و في القرن19 أخذ مصطلح الضغط الإتجاه المعاصر ، و الذي يرجعه إلى قوة مرغمة ، و مثيرات ، و جهود كبيرة للمواد و الأعضاء و يعد الفرنسي CLAUDE BERNARD كلود برنار 1865 من الأوائل الذين أعطى تفسير لآثار الضغط على السلوك ، إذ يرى أن ردود الأفعال الناتجة عن الضغط تهدف إلى الحفاظ على توازن الجسم . و يرى كذلك أن كل الأنظمة و الأنساق الحية باختلافاتهم ليس لهم إلا هدف واحد ، و هو البقاء على وحدة شروط الحياة في "المجال الداخلي "

إذن توجد خاصية للكائنات الحية تتمثل في القدرة على إبقاء التوازن الداخلي ، و إستقرار في المجال الداخلي هو شرط " الحياة الحرة و المستقلة " في مواجهة محيط متغير .

و إبتداء من 1878 بين " كلود برنارد " أنه عندما يكون المجال الداخلي مضطرب ، تكون القابلية إلى الإصابة بالمرض ، فهو إذن يتبنى التصور " لايوقراط " الذي أن الجرثيم ليست العامل الوحيد الذي تسبب المرض ، لكن إختلال التوازن الطبيعي يؤدي إلى الهشاشة و الضعف .

بعد ذلك جاء وإلتر كانون برادفورد CANON WALTER BRADFORD (1871-1945) ، و هو فزيولوجي أمريكي وضع مصطلح Homeos tasie من خلال

اللغة الإغريقية التي تعنى " حالة مشابهة أو مماثلة " ، و الذي إحتوى على مصطلح الضغط ، من خلال ملاحظاته للحيوانات و توجهات الجهاز الهضمي و الأبعاد أثناء عملية الهضم حيث لاحظ مجموعة من التغيرات عليها و تختفي هذه التغيرات في حالة الخوف ، و ربط " كانون " رد فعل الناتجة عن الإنفعالات القوية و علاقتها بالجسم .

و بالتوازي مع التغيرات الهضمية ، لاحظ " كانون " إختلالات أخرى مثل زيادة ضربات القلب و إرتفاع في إفرازرت عصارة المعدة .

و إستعمال كلمة stresse بالإنجليزية مستعملة في الميكانيك أو في الفزياء و التي كانت تعني : القوة ، الوزن ، الشدة ، الثقل ، أو الجهد ، و مع بداية تطور هذا المصطلح نلاحظ أن الضغط إستعمل في فزياء المواد الصلبة من خلال قانون Hooke الذي يشترط أن قوة خارجية Load تعمل على الجسم ، و تؤدي إلى التوتر و الشدة على الجسم stresse ، و الذي يستطيع أن يتحول و يغير صورته " strain" Jurgen nits (1981 p : 38 ,) .

إن الشدة المكثفة التي تمارس على إحدى المواد و التي تصبح من خلال هذا الفعل متعبة ، و تغير من شكله و تصبح من الصعب أن تعود إلى ما كانت عليه في حالتها الأصلية ، ما دامت المادة هي أكثر تغير من قبل و من خلال هذا الإستعمال للمصطلح في مجال التعدين ، هناك تشابه لما يحدث للأحياء و الكائنات حدثت إذن فكرة أن المواقف الأكثر عدوانية (load) تحدث أو تسبب ضغط قوي يستطيع أن يؤدي إلى أمراض جسدية أو عقلية strain .

و في هذا الإطار جاء" وليام أوسلر" WILLIAM OSLER الطبيب المتخصص في أمراض القلب ، الذي بين أن العمل الشاق و المثقل بالمسؤوليات يؤدي إلى الهم الشديد و القلق و الإستمرارية فيه يؤدي إلى مشاكل صحية .

و في بداية القرن العشرين بدأ التعميم باستعمال مصطلح الضغط على كل الأجسام الحية ، و هذا على قاعدة من المصطلحات مثل مصطلح Homeos tasie الذي ذكرناه من قبل له علاقة مع الضغط و التكيف و تنتج كل التراكمات المعرفية حول الضغط ،

و من الثلاثينات إستخدم " ولتركانون " مصطلح الضغط في دراسته لفزيولوجيا لإنفعالات ، و إعتبر الضغط إضطرابا في الإتزان البدني ينشأ تحت ظروف معينة

لفزيولوجيا الإنفعالات ، و إعتبر الضغط إضطرابا في الإتزان البدني ينشأ تحت ظروف معينة كالتعرض للبرد و نقص الأكسجين (نقلا عن أزروق ، 1997) .

و جاء بعده " هانس سيلي " " HANS SELYE " و الذي تحدث عن الضغط في المجال الطبي و الذي حدده على أنه " توترات ضعيفة أو قوية أختبرت بصفة دائمة و التي تشنها من خلال أحداث غير سارة ، و بالتالي فهي مجموعة من الإنفعالات الفزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئة معينة أو أي عدوان يهدد كيان الفرد أو توازنه .ليفكورت و آخرون 1984 .

و كانت نقطة التحول الكبرى في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبعينات إذ تميزت بصدور عدة مؤلفات تميزت بالضبط المنهجي في تحليل الضغط و العوامل المسببة له خاصة من خلال " لازاروس " "فولكمان " . " ليفين " و " سكوت " و " بول هن " و " شووب " .

2- مصادر الضغوط النفسية :

يمكن تقسيم مصادر الضغوط النفسية إلى قسمسن رئيسين هما :

2-1- الضغوط المادية و البيئية :

و تضم هذه الضغوط الظروف المناخية كارتفاع درجة الحرارة ، و الضوء و الضجيج و الكوارث الطبيعية ...

و قد بينت بعض الدراسات أن إرتفاع درجة الحرارة يؤثر على الصحة و أشكال السلوك الإجتماعي ، مثل : العدوانية ، كما أن الرطوبة ترتبط سلبيا مع النشاط و الحالات المزاجية الإيجابية ماك أندرو . 1988 . و من المسلم به أن بعض المشكلات الصحية و الإجتماعية ترتبط بدرجات الحرارة المرتفعة بشكل خاص في المدن ، و قد ركزت دراسات ميدلنية على تأثير الحرارة المرتفعة على سكان المدن ، ووجد أن الآثار الناتجة عن الحرارة تتنوع بين الإنهاك و أنواع من الصداع ، و القابلية للاستثارة ، و الخمول ، والهذيان ، و النقبات القلبية و الإغماء . و قد إستخدم أندرسون ANDERSON المصادر و الوثائق المستمدة من المدن في الولايات المتحدة الأمريكية لجمع البيانات عن معدلات القتل و السرقة ، و تبين أن جرائم العنف تتزايد مع إرتفاع درجة الحرارة ANDERSON 1989 .

و كذلك أوضحت بحوث حيثة أن ضوء الشمس بالإضافة إلى الإضاءة الساطعة لهما آثار مضادة للاكتئاب YOUNG , 1997

و هناك دراسات أخرى أظهرت أن الضغوط الممتدة تؤدي إلى الأمراض الجسمية ، كما تؤدي إلى مشكلات نفسية مثل تعاطي المخدرات و الإكتئاب و إضطراب الشخصية كان و وولف KEANE et WOLF 1990 .

و قد راجع روبنز RUBONIS و بيكمان BICKMAN (1991) . إنثين و خمين دراسة بين الأمراض النفسية التي أصابت الأشخاص الذين تعرضوا للمخاطر ، حيث بينت أن الشخاص الذين تعرضوا للخطر لهم مستويات مرتفعة من الإضطرابات النفسية ، و أنه بزيادة معدلات الوفيات الناتجة عن الخطر ، تحدث الزيادة في كمية الإضطرابات النفسية .

كذلك فقد بين بولينجر BULLUNGER إلى أن تلوث الهواء حتى في مستوياته المنخفضة يمكن أن يكون له تاثير سلبي على الحالات المزاجية ن و القدرة على التركيز ، (BULLINGER ,1989) .

2-2- الضغوط النفسية الإجتماعية :

يعتبر مفهوم أحداث الحياة الضاغطة stresse Fullipe events مرادفا لمفهوم الضغوط النفسية الإجتماعية و يعتبر **هولمزو راهي** HOLMES et RAHE من أوائل الذين قدموا هذا المفهوم إلى المجال العلمي بعد عمل كل من " **كانون** " و " **سيلي** " في مجال الضغوط ، و علاقتها بالأمراض الجسمية و النفسية (DACIGAN et NEALE , 1994 **)** .

و من الدراسات التي أقيمت في هذا المجال دراسة حسن عبد المعطي التي أجريت بهدف التعرف على ضغوط أحداث الحياة المرتبطة بالإضطرابات النفسجية و الفروق بين المصابين بالإضطرابات النفسجية و الأسوياء . و قد تبين وجود فروق بين المرضى و الأسوياء في إدراك أحداث الحياة المثيرة للضغوط **(عبد المعطي** 1989 **)**

كما قام " **الشمراني** " بدراسة مماثلة على مرضى ألم أسفل الظهر العضوي و النفسي ، و مقارنتهم بمجموعة ضابطة في أحداث الحياة ، و تبين أن هناك فروق دالة في

أحداث بين مجموعات الدراسة ، و لعل وجود الفروق بين مرضى ألم أسفل الظهر النفسي و الأسوياء يؤكد دور هذه الأحداث في زيادة تأثير على المرضى .

من ناحية أخرى أجرى **جاب رضوان** دراسته حول أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالإكتئاب (1992) ، و تبين أن الأعراض الإكتئابية تنشأ كمحصلة لمجموعة من المتغيرات و منها الأحداث الصادمة و الأحداث الصعبة .

كذلك و قد بينت دراسة **بينجتون (** 1988) أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب و خاصة في غياب الدعم الإجتماعي (BELLINGER et AL , 1988 **)** .

و تبين كذلك أن موت أحد الأقارب أو أحد أفراد الأسرة بشكل ضغطا كبيرا قد يؤدي إلى الإصابة بالإكتئاب ، و قد تبين أن النساء اللاتي عولجن من الإكتئاب ثم أصبن بانتكاسة قد مرت بهم أحداث غير سارة أكثر من اللاتي لم ينتكسن من قبل (1994 HOLMES **.** **)** .

و في دراسة لـ " **جانجيني** " 1990 **تبين أن** 29 ٪ من الأفراد الذين تعرضوا لخسارة مالية أصيبوا بالاكتئاب الشديد ، بينما أصيب 2 ٪ فقط من الذين لم يتعرضوا لخسارة مالية بالإكتئاب (GANJINI et AL 1990) .

و قد أجرى " آفيسون و ترنر " دراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين أحداث الحياة المثيرة للمشاكل و الأعراض الإكتئابية لدى عينة من المرضى بأمراض بدنية و مجموعة ضابطة (من الذكور و الإناث) ، و تشير النتائج إلى أن فئات أحداث الحياة التي درست تتباين في الأعراض الإكتئابية ، وأن الأحداث المزمنة كانت ذات إسهام أكبر في هذا التباين ، و يصدق ذلك على الذكور و الإناث (Awinsson et Tuner , 1988) .

كما قام " **روبوليت** " و " **زون** " بدراسة على السيدات العاملات ، و غير العاملات ، و تبين وجود تأثير جوهري لأحداث الحياة السلبية و الاكتئاب بين السيدات (PARRU et BREWIN , 1988 **)**

و أوضحت دراسة **سونيل و زملائه (**1989**)** أن ضغوط الحياة و المصادر الإجتماعية و المواجهة عوامل هامة في التنبأ بالنتائج الطويلة المدى للاكتئاب (1989

SWINALLE et AL ,) . و قد ظهر في دراسة **ديورا و زملائه** (1990) أن كبار السن الذين يبحثون عن الرعاية لإصابتهم بمرض الخوف التدريجي أصيبوا الإضطرابات الإكتئابية نتيجة الضغوط التي تعرضوا لها رغم كونهم لم يكونوا مهيئتين للاصابة بالإضطراب (DURA et AL , 1990) .

و كذلك تم دراسة بين العلاقة بين أحداث الحياة و الإكتئاب المعبر عنه بالتقرير الذاتي عبر سنة كاملة ، و إستطاعت الخبرة بأحداث الحياة مثل الضغوط الصحية ، و العنف الأسري ، و الضغوط المالية أن تتنبىء بالإكتئاب (PIANTA et 1994 EGELAND) .

و قد كشفت دراسة **ستادر و زملائه** (1998) عن أن المعارف السلبية و الضغوط التفاعلية سبقت حدوث نوبات الإكتئاب الشديد بيوم واحد ، كما أن حدوث المتغيرات كان " واضحا " في التاليين لإنتهاء هذه النوبات (STADER et 1998 AL ,) .

و إستخدم **جودجير** 1996 أسلوبا كيفيا في تحليل أحداث الحياة و تقييم الإرتباطات الممكنة لها مع الإضطراب النفسي ، و بين أن أحداث الحياة تتسبب في التأثير على السلوك من خلال العمليات المعرفية و الوجدانية (GOODGOR , 1996) . و أشار **مونري** MOROE و **وادي** WADE 1998 إلى أن المرضى المصابين بالإضطرابات القلق يذكرون أنهم مروا بأحداث سلبية أكثر من المجموعة الضابطة في الشهر الذي يسبق الظهور الأول لأعراضهم (MANROE et WADE 1988) ، و قد تكرر ذلك بالنسبة للراشدين المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة في دراسة " **برسلو** BRISLOT . 1991 .

و يرى **ديفي** 1995 أن العامل المهم في التأثير على إكتساب و إستمرار المخاوف المرضية هو تقييم الفرد للتهديد أو الحدث الصدمي الذي له دور في نشأة المخاوف المرضية (1995

و قد تبين في إحدى الدراسات أن أفضل مؤشر للتنبأ بالصداع النصفي هو الضغوط لمدة يوم أو ثلاثى أيام قبل الإصابة بنوبة الصداع (ALLOY et AL , 1996) ، و يتضح هذا الدور في الصداع المزمن المرتبط بالتوتر ، و تبين مختلف الدراسات

أن أحداث الحياة لها دور في حدوث المرض الجسمي و النفسي معا . عن **سيد يوسف** 2000 .

3- الخبرات الحياتية و الضغط النفسي :

من منضور علم النفس الإجتماعي يتمثل سلوك الفرد في تفاعل عنصرين هو مثير و إستجابة حيث يشير العنصر الأول ، ما يواجه و يدخل في إطار حواسه المختلفة ، بينما يرتبط الثاني برد فعل من جانبه تجاه ذلك الشيء المحسوس ، و يكون سلوك الفرد محصلة التفاعل بين هاذين العنصرين على الطريقة التي يستجيب بها الفرد بشكل مباشر و على حالته البدنية و الإنفعالية أثناء ذلك التفاعل .

و يمثل المثير عنصر ضغط و توتر بالنسبة للفرد إذا ما كان على مستوى يفوق إمكانات و قدرات الفرد على التعامل معه . و هناك نوعية من رد فعل تختلف درجتها و شدتها من فرد إلى آخر لأسباب شخصية أو لأسباب بيئية خارج قدرة تحكمه مثل :

- مرض أو موت شخص عزيز ، و خاصة إذا كان الحدث بصورة مفاجئة .
- مسؤولية رعاية مسن أو فرد من العائلة مصاب بعاهة و الأثر الذي تحدثه من الجانب العاطفي و المادي .
- إصابة بدنية تجبر صاحبها على تغيير أسلوب حياته أو تجبره على الإلتحاق بعمل يقلل من قدراته .

4- أبعاد الضغط النفسي :

من منطلق أهمية الصحة البدنية و النفسية للشخصية المتوازنة تبرز الحاجة إلى معرفة أبعاد الضغوط ، ليس من أجل المواجهة الإيجابية فقط ، بل من أجل التعامل الناجح لدرجة التحكم BRAHAM, 1994 .

و تشير الدراسات الطبية في الولايات المتحدة تأمركية أن 75 ٪ من المشكلات الصحية لها علاقة بالضغوط النفسية ، و تشمل قائمة المشكلات هذه أمراضا مثل : القرحة ، الصداع النصفي ، ضغط الدم ، الأرق ، و المشكلات الجنسية ، التشنج الكولوني ، و دقات القلب غير منتظمة .

و تشير الدراسات الغربية أن هناك مجموعة من العوامل تساهم في زيادة الضغوط على الفرد ، منها : التغيرات الإقتصادية ، ضعف العلاقات الأسرية و الحياة المنفردة .

و تتباين ردود الفعل للمواقف الضاغطة من غضب و الشعور باليأس ، و ردود الفعل هذه يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنواع :

4-1- **الإستجابة الفزيولوجية** :

و تشمل عدد من التغيرات الداخلية منها : نبضات القلب ، إرتفاع ضغط الدم ، ضيق التنفس ، تحرك الأسنان .

4-2- **الإستجابة النفسية :**

حيث نشعر بأحاسيس سلبية مثل : الخوف ، القلق ، فقد الثقة بالنفس ، التوتر ، سرعة الغضب ، الصعوبة في إتخاذ القرار و عدم القدرة على التركيز .

4-3- **الإستجابة السلوكية** :

حيث يستجيب الفرد بمجموعة من السلوكات التوافقية يكون الهدف من ورائها تقليل الآثار السلبية ، أو الشعور الإيجابي نحو الذات و ذلك عن طريق اللجوء إلى ما ينسينا عن مصادر التهديد ، و تتمثل في :الزيادة من النوم ، إنخفاض أو تراجع الفعالية في الأداء ، التدخين و تناول العقاقير المهدئة ، قطع الأظافر بالفم ، و النقر على الأرض بالقدمين **(** SARASON et SARASON , 1998) ، و الفرد بسلوكه هذا يحاول إقناع نفسه بعدم وجود خطر حقيقي يهدده .

و بصورة عامة يمثل الجانب الإيجابي بالنسبة للصحة النفسية و الجسدية للفرد تدرقه على التحكم في مصادر الضغط بالتكيف معها . و في المقابل يمثل الضغط بصورته السلبية نوعا من التوتر أو الشدة ، و يشير **جكنتمهالي** CSIKSZEMTMI HALLYI في كتابه التدفق ، أن المتعة في ما يقوم به الفرد تظهر بين الملل القلق ، عندما تكون التحديات في حالة التوازن مع قدرة الفرد على العمل ، فالحدود الفاصلة بين الجانب الإيجابي و الجانب السلبي هي النمو السليم للجوانب الشخصية التي تجعل الإستجابة و التكيف تبعا للأساليب المستعملة لمواجهة الموقف .

لذلك فان التفسير الذاتي للمواقف الحياتية له إرتباط قوي بخبرة الضغط النفسي ، و بسبب دور الإدراك في طبيعة رد الفعل للمثيرات فانه لا يمكن إلغاء الجانب النفسي عن معظم الإستجابات السلوكية من جانب الفرد بما فيها المواقف المسببة للضغوط .

و على الرغم من تزايد العوامل الخارجية التي تسبب الضيق و التوتر للفرد ، إلا أن العوامل الإجتماعية أو العوامل المتعلقة بالذات.(GIRDANO et AL 1997)فعندما يكون الموقف إجتماعيا فان الشعور بالتهديد لذاته ، من الصعب على الفرد التعامل مع الأحداث في معظم الحالات ، فيحاول الفرد كبت مشاعره و لإنفعالاته مسببا لنفسه توترا داخليا .

و يرى **سابولسكي(** SAPOLSKY (1997 أن المشكلات التي يتعرض لها الإنسان و الناتجة عن الضغوط ترجع إلى عدم قدرة الفرد على التفريغ السريع للشحنة الإنفعالية لإعتبارات إجتماعية مختلفة و إلى التوقعات السلبية و إنشغاله المستمر بكل شيء في حياته . **عن علي عسكر (2002).**

5- أنواع الضغوط :

تتشكل الضغوط النفسية من مجموعة من الضغوطات المتراكمة ، كالضغوطات الإجتماعية ، و ضغوطات العمل و الضغوط الإقتصادية ، و الضغوط الأسرية ، و الضغوط الدراسية ، و الضغوط العاطفية .

و يعد الجانب النفسي هو الجانب المشترك مع جميع أنواع الضغوط ، ففي الضغوط الناتجة عن إرهاق العمل و متاعبه و المشاكل التي تصيب الفرد من خلاله أولى نتائجه الجوانب النفسية المتمثلة في حالات التعب و الملل و عدم التوافق المهني الذي يؤدي إلى القلق النفسي حسب شدة الضغط التي تصيب الفرد و الأثر التي تحدثه على التكيف في العمل و الإنتاج . و بالتالي فهي تؤثر على آداء العامل و تؤدي إلى زيادة الإصابات في العمل ، و زيادة الغيابات و التأخر عن العمل .

أما الضغوط الإقتصادية فلها أكثر كبير على نفسية الفرد نتيجة الأثار التي تحدثها حين تصيب الأشخاص الأزمات المالية و خسارة صفقات أو إتلاف بضائع ، فهي تهدد وجوده ، فتنعكس ذلك على حالته النفسية .

أما بالنسبة للضغوط الإجتماعية تتمثل في تفاعل الفرد مع الوسط الإجتماعي و الصراعات الناتجة من هذا التفاعل اليومي و المشاكل و المصاعب و المتاعب التي تلاحق الفرد .

أما الضغوط الأسرية فتشكل بعواملها التربوية غضطا شديدا على الوالدين في توفير المستلزمات اليومية للأبناء و متابعة سلوك الأبناء ، و الصراعات التي تنتج بعدها خاصة في سن المراهقة و سن الرشد .

أما الضغوطات الدراسية فتتمثل في مثابرة المتمدرس في مختلف المراحل الدراسية لتحقيق النجاح و لتحقيق طموحه في الحياة و إرضاء الوالدين ، و عدم تحقيق ذلك يؤدي إلى الإحباط و الصراعات النفسية و القلق المستمر .

أما الضغوطات العاطفية فعندما لا يستطيع الفرد تحقيق رغباته الجنسية و العاطفية من خلال الزواج ، فيشكل ذلك ضغطا لديه فيؤثر على حالته النفسية و تؤثر في إستجابته إتجاه الآخرين .

6- أعراض الضغوط :

عندما يفشل الفرد في التحكم في الضغوط فان جسمه يمر بخبرة أو حالة تعرف بالمواجهة أو الهرب ، فيؤدي ذلك إلى تزايد دربات القلب ، و يتحول الدم من الأطراف إلى العضلات الداخلية ، فتتسع حدقة العين ، و يفرز الأدرنالين و الدهون في الدم ، و يتحول التنفس من الحجاب الحاجز إلى الصدر . و هذه عمليات حيوية غير طبيعية تعود بالضرر على الجسم و تنهكه .

و يمكن تصنيف أعراض الضغوط النفسية بالتصنيف الذي وضعه 1994 , BRAHAM و هو كالتالي :

6-1- الأعراض الجسدية : Physical symptoms .

1) التعرق المفرط .

2) التوتر العالي .

3) الصداع بأنواعه (نصفي ، دوري ، توتري) .

4) ألم في العضلات و خاصة في الرقبة و الكتف .

5) عدم الإنتظام في النوم (الأرق ، النوم المفرط ، الإستيقاظ المبكر على غير العادة)

6) إصطكاك الأسنان .
7) الإمساك .
8) آلام الظهر و و خاصة في الجزء السفلي منه .
9) الإسهال و أوجاع البطن .
10) إلتهاب الجلد .
11) عسر الهضم .
12) القرحة .
13) التغير في الشهية .
14) التعب أو فقدان الطاقة .
15) زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسمية .

6-2- الأعراض الإنفعالية : Emotional symptoms :

1) سرعة الإنفعال .
2) تقلب في المزاج .
3) العصبية .
4) سرعة الغضب .
5) العدوانية و اللجوء إلى العنف .
6) الشعور بالإحتراق النفسي .
7) الإكتئاب .
8) سرعة البكاء .

6-3- الأعراض الذهنية : mitellectual symptômes :

1) النسيان .
2) الصعوبة في التركيز .
3) الصعوبة في إتخاذ القرارات .
4) الإضطراب في التفكير .
5) الصعوبة في إسترجاع الأحداث .

6) إستحواذ فكرة واحدة على الفرد .

7) إنخفاض في الدافعية للقيام بالأعمال و الأشغال .

8) إنجاز المهام بتحفظ .

9) تزايد عدد الأخطاء .

10) إصدار أحكام غير صائبة .

6-4- الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية : Interpersonal symptoms :

1) عدم الثقة غير المبررة في الآخرين .

2) لوم الآخرين .

3) نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة .

4) مراقبة و متابعة أخطاء الآخرين .

5) تبني سلوك و إتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين .

6) التفاعل مع الآخرين بشكل آلي (غياب الإهتمام الشخصي و التفاعل ببرودة مع الآخرين BRAHAM . 1994 . عن **السيد عثمان** 2001 .

7- نظريات الضغط النفسي :

تعامل الباحثون مع الضغوط النفسية و تأثيرها على أساس التداخل بين الجانب الإنفعالي و الجانب الفزيولوجي ، و هذا يخالف ما كان سائدا خلال القرن السابع عشر من خلال الثنائية في التحليل من خلال الفرق الموجود بين عمل الدماغ و العمليات الحيوية في الجسم .

و هذه الفكرة تزامنت مع عصر النهضة و ما صاحبها من تطورات في المجال الطبي . و قد فقد هذ ا التحليل من فاعليته إبتداءا من منتصف القرن التاسع عشر بفضل الطبيب الفرنسي **كلود برنار** CLAUDE BERNARD الذي بدأ يؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالأمراض الجسمية(PAKINSON et 1995 COLMAN) ، و فيما يلي سنتناول مختلف النظريات التي ساهمت في تطور المعرفة المرتبطة بالضغوط النفسية .

7-1- **النظريات الفزيولوجية للضغط النفسي** :

7-1-1- **نظرية ولتر كانون** WALTER CANNON :

يعتبر العالم الفزيولوجي والتر كانون برادفور WALTER CANNON BRADFORD .1945-1971 أول من إستخدم الضغط و عرفه برد الفعل في حالة الطوارىء أو رد الفعل العسكري بسبب إرتباطها بانفعال القتال أو المواجهة (NELSON et QUICK , 1996 ففي بحوثه على الحيوانات إستخدم عبارة الضغط الإنفعالي ليصف عملية رد فعل النفسي الفزيولوجي التي كانت تؤثر في إنفعالاتها و قد بينت دراساته أن مصادر الضغط الإنفعالية كالألم و الخوف و الغضب تسبب تغييرا في الوظائف الفزيولوجي للكائن الحي و هذا يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات أبرزها هرمون الأدرنالين ADRENALINE الذي يهيء الجسم لمواجهة المواقف الطارئة .

و قد كشفت أبحاث كانون وجود ميكانزم أو آلية في جسم الكائن الحي تساهم بالإحتفاظ بحالة من التوازن الحيوي Homeostagie ، أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه و الرجوع لحالة التوازن العضوي و الكيميائي بانتهاء الظروف و المواقف المسببة لهذه التغيرات . و عليه فان أي مثير خاجي بامكانه أن يخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه .

و قد توصل إلى ذلك من خلال ملاحظته الأولية للحيوانات حيث رأى تموج الجهاز الهضمي و الأمعاء أثناء عملية الهضم تعرف مجموعة من التغيرات من بينها إختفاء تلك التموجات في حالة الخوف و بذلك ربط الإنفعالات القوية بالتغيرات التي تحدث في الجسم و بالتوازي مع ذلك لاحظ تغيرات أخرى كزيادة ضربات القلب ، و إرتفاع في إفرازات عصارة المعدة .

بعدها قام " **كانون** " بمجموعة من البحوث حول الإتزان الحيويHomestagie عند الحيوانات حيث توصل أن الجسم عندما يتعرض إلى إنفعالات قوية و عنيفة مثل

الخوف أو الرعب يزيد إنتاج الجسم من الأدرنالين ، و قد بين نتيجة أبحاثه من خلال مقال نشر سنة (1935)، تحت عنوان: stresse and strain of homestagie و الذي أوضح فيه كيف أن لب الكدر medullosurrenale ، ينتج الأدرنالين و يسمح بمواجهة تغيرات درجة الحرارة طبقا لإحتياجات الطاقة للجسم ، و طبقا للتغيرات الشديدة الحركية التي تزيد من إستهلاك الأكسجين . و عليه فان سبب الضغط عند " كانون " هو عندما يكون الإتزان الحيوي homeostagie في حالة خطر نتيجة عوامل خارجية قاتلة بالنسبة للكائن الحي ، و يعرفه بأنه مثير داخلي أو خارجي ناتج عن إختلال كبير للتوازن الحيوي homeostagie يسعى الجسم من خلالها إلى التكيف ، و على المدى الطويل يصبح الجسم مهيأ للاصابة و الضعف و يصبح غير قادر على الرجوع إلى حالته الأصلية .

و قد أهتم كذلك لدور الجهاز السمبثاوي أو العاطفي sympathetie system كأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي لدوره في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة و تمكينه من الإحتفاظ بالتوازن الحيوي .

7-1-2- نظرية هانز سيلي للضغط النفسي HANS SELYE :

يعتبر " **هانس سيلي** HANS SELYE " ، من أبرز الباحثين التي إرتبطت أسماؤهم بموضوع الضغوط ، إذ نشر العديد من الكتب و المحاضرات و التي عرف من خلال المختصين و الباحثين في المجال الطبي بتأثير الضغوط على الإنسان (1995 PARKINSON et colman) ، و قد جاء إكتشافه للضغط بالصدفة خلال بحوثه على الهرمونات الجنسية في نهاية العشرينات إذ لاحظ بعد حقن فئران تجاربه بأنسجة غددية غير معقمة حدوث ردود فعل غير واضحة منها تضخم في الغدة الأدرينالية ADRENAL GLAND تضاؤل في بعض الحالات للغدة التيموسية THYMOS GLAND ، و ظهور قرحة ULCER في الجهاز الهضمي ، و في تجارب أخرى وجد أن هذه الأعراض تظهر مع مصادر ضغط أخرى مثل : الحرارة ، البرد ، الجرح ،

العدوى ، الحقن بالأنسولين و غيرها من المؤثرات ، لاحظ أن هذه الحيوانات تصاب بمرض أو تموت ، و عند التشريح وجد أعراض أخرى غير مفهومه كانتفاخ الغدة الكدرية التي تتدخل في أداء الجهاز العصبي السمبثاوي بافراز العديد من الهرمونات و التي على رأسها الأدرينالين .

و بعدها قام بتجارب أخرى حيث وضع فئران تحت عامل ضاغط و هي علبة ذات مدخل واحد ، و من النتائج التي توصل إليها هو أن عضو العقد العصبية الليمفاوية قد صغر حجمه لمدة يوم نتيجة حرمانه من الخروج بالإضافة إلى تغيرات فزيولوجية أخرى .

و قد إكتشف من خلال العديد من التجارب ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية لدى الحيوانات و صنف الضغط من خلال ، ضمور الصعترية Atropithie thymolymphatique و الضمور الكدري Atrophie surrenale ، تفريغ الكورتيكوئيد و القرحة المعدية Decharge de corticoide et ulcer gastro

و يتضح مما سبق أن " **سيلي** " لم يستعمل مصطلح الضغط في بداية أبحاثه بل إستخدم مصطلح " الزملة " Syndrome . **بولهان** PAULHAN ، **بورجوا** BOURGEOIS ، **(1998)** .

و كتب " **سيلي** " مقال عام (1946 **)** تحت عنوان " **التنادر** " العام و أمراض التكيف حيث رأى أ ن التنادر هو مجموع ردود الأفعال المنتظمة غير محددة في الجسم تظهر بعد التعرض المكثف للضغط ، و سمى هذه الأعراض بـ جملة الأعراض التكيفية العامة the générale adaptation syndrome ، كما يصفها بأنها تفاعل بين قوة المؤثر و نوعية المواجهة التي يستعملها الجسم لإسترجاع توازنه الأساسي من جهة و تكيفه مع المواقف الجديدة .

و يرى كذلك أن ردود الأفعال الكيميائية تمثل الإستجابة العادية للجسم نتيجة الوضع الضاغط ، و تنشأ هذه ردود الأفعال الكيميائية من تفاعل المراكز البيركيميائية في الدماغ ، مثل التلاموس و الهيبوتالاموس و الأدرينالين .

و قد قسم " سيلي " مجموعة الأعراض التكيفية للضغط أو ردود الفعل تجاه المصادر الضاغطة إلى ثلاثة مراحل :

1) مرحلة الإندار أو التنبيه Alarm phase .

2) مرحلة المقاومة Résistance phase .

3) مرحلة الإستنزاف Exhaution phase .

1)- مرحلة الإندار أو التنبيه Alarm phase :

تمثل مرحلة الإندار رد الفعل الأول للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ و بالتحديد إلى الغدة النخامية Pituitary gland حيث يرسل رسائل عصبية و كميائية للأجهزة المعنية في الجسم و تزيد على إثرها إفرازرت هرمون الأدرنالين ، فيزيد التنفس ، و يزداد السكر و الدهون في الدورة الدموية ، بالإضافة إلى إصفرار الوجه ، و إفراز العرق ، فيتهيأ الجسم للمواجهة أو الهرب ، و تعرف هذه التغيرات بالإستثارة العامة lindsay , 1980 .

2)- مرحلة المقاومة Résistance phase :

في هذه المرحلة تزداد ردود الأفعال الدفاعية حيث ينتقل الجسم من المقاومة العامة إلى أعظاء حيوية تكون قادرة على صد مصادر التهديد و الدور الأساسي في هذه المرحلة يعود إلى الدماغ الذي يتمكن من إنتاج الطاقة و المضادات الحيوية ، و في حالة إذا ما فقد الجسم قوته يدخل في مرحلة الإنهاك (Lindsay , n , ibid)

3) نظرية الإنهاك Extention phase :

إذا إستمر التهديد و أستنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود حيث يصاب الفرد إذا إستمر الضغط و طال بالمرض أو الموت ، و مع أن الجسم لديه القدرة على التكيف مع ضغط الدم العالي إلا أن إستمرار زيادته إلى المساهمة في تلف الكبد و إصابة القلب(GIRDANO Et AL 1997) ، و تشير دراسات إلى ذلك حيث بينت أن

إستمرار الضغط يمكن أن يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة في الجسم و يتعرض كذلك للأمراض السيكوسوماتية مثل التصلب الشرياني و إرتفاع ضغط الدم و القرحة بالإضافة إلى الإضطرابات النفسية كالقلق الإجتماعي و قلق الأماكن و الإكتئاب

2-7- نظرية علم النفس الإجتماعي للضغط :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الضغط النفسي حالة يعاني فيها الفرد حين يواجه مطلب ملح يتجاوز قدراته أو حين يقع في موقع صراع حاد ، و مصادر الضغوط في حياة الفرد عديدة فمصدرها بيئية أو نفسية . أو تعود إلى طريقة إدراكه للظروف من حوله ، فيصاب الفرد بالإحباط أو يعيش حالة من الشعور بالتهديد (**طه فرج عبد القادر و آخرون** 1993) .

و يرى "**توفلر** TOFFLER " أن ظهور الحظارة الحديثة الناتجة عن تغيرات عميمة في حياة الأفراد تعرضهم إلى مؤثرات متعددة و متراكمة تؤدي الإستجابة إليها بسلوكات و ردود أفعال غير متكيفة .

و يرى **ليفي** LEVI أن هناك عوامل نفسية إجتماعية تحدد وقوع الضغط في أي بيئة و يتحدد في الفروق التي يمكن أن نجدها بين متطلبات المحيط و قدرات الكائن الحي ، فالفرق بين ما يتطلبه المحيط و بين قدراتنا الحقيقية يعتبر عاملا ضاغطا ، و هذا إذا كان الطلب يتجاوز قدراتنا فاننا نشعر بالعبء ، و في حالة عدم قدرتنا على آدائنا و كفاءتنا فاننا نشعر الإحباط ، فهو يرى أن العامل الذي يخفض من الضغط النفسي هو حالة الإعتدال بين ما لدينا و متطلبات المحيط .

كما أعطى بعض الباحثين أهمية للجوانب المختلفة من حياة الفرد للتعرف على التوتر و المواقف المسببة للضغوط و من ثم التعامل معها ، و غالبا ما يتم التقييم من طرف العلماء أنفسهم و هذا لأن لها تأثير إيجابي على الشعور الشخصي بالتحكم فيما يحدث له ، و هذا يساهم إيجابيا في عملية المواجهة **إليوت** ELIOT **(** 1994**)** .

و تتضمن هذه جوانب الحياة التي يقوم الفرد بتقييمها جوانب مثل : توافق العمل مع التوقعات الشخصية ، و الحالة الصحية ، و نوعية العلاقات الأولية (الزوج ، الزوجة ، الأصدقاء ، الأفراد ...)

كذلك العلاقة مع الأبناء و الوالدين ، و العلاقات الإجتماعية مع الجيران و الأصدقاء.... ROBERT EL .at. (1994).

كما أن المسؤوليات الحياتية على الرغم من عدم ضخامتها في كثير من الحالات ، لا أن تراكمها و إمتدادها على فترة زمنية طويلة يمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية منها الإصابة ببعض الأمراض البدنية RATHUS ، 1987

و من هذه الزاوية قام الباحثون **توماس هولمز** THOMAS HOLMES و **ريتشارد ري** RICHARD RAHR (1975)، بتحديد تأثير التغيرات الإجابية و السلبية على صحة الفرد ، بالإعتماد على بحوث سابقة خاصة بحوث أدولف مبير ADOLPH MEYER ، و تعد نظريتها ضمن التناول الإجتماعي للضغط حيث تدرس التأثيرات النفسية الإجتماعية لهذه الظاهرة ، فتراكم أحداث الحياة تؤدي إلى إضطرابات الصحة الجسمية و النفسية HOLMEST . Et .R . RAHE, 1967

و قد صمما مقياس مرتبط بأحداث الحياة يحتوي على 43 سؤالا حول مواقف سارة مكدرة و ردود الفعل لا تخلو من الضغوط يعرف أيضا بمقياس التوافق الإجتماعي .

و تحمل الأسئلة أوزانا أو درجات من الضغوط تتراوح بين 11- 100 نقطة . و قد بدأ الباحثون بتصميم الأداة باعطاء الزواج قيمة 50 نقطة ثم قاما بسؤال عدد كبير من الناس حول مختلف مناحي الحياة و من الجنسين لتقدير الدرجات لأحداث و الحياة الأخرى بالإعتماد على متغير الزواج كنقطة إرتكاز أو كقاعدة لهذا التقدير .

و قد صنف الباحثان " **هولمز** " و " **راي** " حوادث الحياة إلى ثلاثة أنواع هي :

1- **الحوادث المفاجئة** : و تتمثل في موت قريب أو الطرد من العمل أو الإصابة بمرض خطير أو حادث .

2- **الحوادث المزمنة** : كالمشاكل العائلية و المشاكل الزوجية .

3- **الحوادث المرحلية** : كالأزمات المرتبط بمرحلة المراهقة و الزواج و الطلاق .

و يقوم هذا التصميم على مسألة الفرد عن عدد الأحداث التي مرت به خلال الإثنى عشر شهر الماضية ، حيث أن النتيجة الكلية لها دلالة للتنبؤ بالحالة البدنية و العقلية للسنتن للتين تلي جمع المصادر و الأحداث .

و قد وجد الباحثان بأن الأفراد الذين تكون النتيجة أكثر من 300 يبلغ إحتمال إصابتهم بالمرض خلال السنة التالية 70 ٪ ، أما 150-300 يبلغ الإحتمال 50 ٪ ، و أقل من 150 نقطة ينخفض الإحتمال و يستبعد إحتمال الإصابة بالمرض و بالتالي فان درجة الضغوط تكون منخفضة .

و هذا يعني أن الحدث الواحد لا يرتبط بالمرض ، و لكن التأثير العام لعدد من الأحداث في فترة وجيزة هي التي يؤدي بالإصابة بالمرض و الإصابة بالمشكلات الصحية . و هذا لا يعني بأن الدرجة العالية تعني المرض بل تعني أن الأفراد الذين يحصلون عليها أكثر عرضة و قابلية من الذين يكون مجموعهم أقل حيث أن علاقة المرض و التغيرات علاقة إرتباطية و ليست سببية .

و نظرية " **هولمس** " و " **راي** " يعطي قيمة للأحداث المنتظمة و ليس للضغوط الطويلة المدى ، كما أن أحداث السلم لا تسمح بالتكهن بالأمراض كالقلق و الإكتئاب ... كما أن هناك دراسات لكل من " **روزنمان** ROSENMAN **(**1983 **)**" و " **لازاروس** LAZARUS " و "**فولكمان** FOLKMAN 1985" التي بينت أن أثر الموقف ليس نفسه بالنسبة لكل الأفراد نظرا لإختلاف إدراك الحدث و إختلاف طريقة التحكم و الإستجابة للموقف ، و عليه فان أحداث الحياة لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات النفسية و الجسدية التي تصيب الفرد .

3-7- نظرية علم النفس المعرفي للضغط النفسي :

يعتبر " **لازاروس** LAZARUS " من رواد هذا الإتجاه و قد أنشأ نظريته نتيجة الإهتمام الكبير بعملية الإدراك و العلاج الحسي الإدراكي ، و النمودج التفاعلي للضغط هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد ، حيث أن إدراك كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف ، و لكنه ربط بين البيئة المحيطة بالفرد بتفسير الموقف و يعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها : العوامل الشخصية و العوامل الخاصة بالبيئة الإجتماعية و العوامل المتصلة بالموقف نفسه .

و يعتبر " **لازاروس** " من الأوائل الذين أظهروا أن الضغط لا يحدث من العلاقة بين المثير و الإستجابة و لكن هناك دور للتفاعل الديناميكي و الإدراك الفردي الذي ينشأ الضغط و يؤدي إليه ، فالتقييم الذهني للفرد له صورة خاصة و عليه يتم الحكم على الموقف الذي يواجهه و يصنفه فيما يتعلق بالضغط ، فالأفراد يختلفون في تقييمهم بالمواقف من حيث الضغط ، فالموقف الذي يكون مصدر إزعاج لفرد ما ربما يكون كذلك لفرد آخر .

و يرى " لازاروس " أن الضغط لا يتوقف على المثير الخاجي بقدر ما يتوقف على المعاني و التفاسير التي يقدرها الفرد لهذا الموقف و تكون الإستجابة بناءا على التفسير الذي قدمه للموقف .

معنى هذا أن الإستجابة مرتبطة بالتقدير المعرفي ، و هي مرتبطة بمجموع الأفكار و الخبرات التي يكونها الفرد في المكان الذي يعيش فيه .

و ترى هذه النظرية أن الضغوط تنشأ عندما يكون تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد و يؤدي ذلك إلى تقييم التهديد و إدراكه ، حيث عندما يواجه الأفراد مواقف ضاغطة ، فان الإستجابة تختلف ، البعض منهم مثلا يستعمل أو يقوم بمواجهة الموقف ، و البعض الآخر يقوم بوضع مخطط فعلى مباشر للمواجهة ، ففي المواقف المتماثلة يختلفوا الأفراد في الأحاسيس و في الإستجابة ، البعض يكون رد فعلهم الغضب ، و البعض الآخر

يصيبهم الإحساس بالقلق ، و عليه يوجد شكلين للتقييم ، 1984 LAZARUS et FOLKMAN

7-3-1- التقييم الأولي L'évaluation primaire :

و هي الخاصية التي تقوم بتحديد و معرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط ، حيث يقوم الفرد بتقييم الموقف الضاغط من أجل صالحه ، بحيث إما أن لا تكون هناك تبعات لهذا الحدث باعتباره غير مهم و غير مهدد بالنسبة للفرد ، و بالتالي فالموقف يقيم على أنه إيجابي و لا يتطلب عملية التكيف ، أو أن الحدث ضاغط فعلا و عليه فان العلاقة بين الفرد و المحيط تتعلق بالفقدان الجسدي أو المادي أو التهديد محتمل يؤدي إلى حشد الطاقة للتكيف .

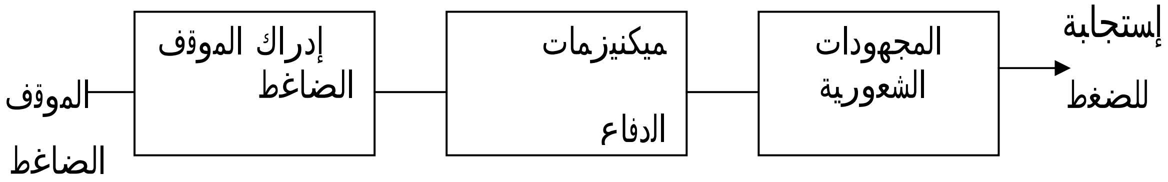
- ففي الوضعيات المرتبطة بالفقدان أو التهديد تتولد إنفعالات سلبية كالخوف ، الخجل ، الغضب و القلق ...... بينما يتولد عن الوضعيات المرتبطة بالتحدي إنفعالات إيجابية ، كالتشوق ، و السرور .

7-3-2- التقييم الثانوي L'évaluation secondaire :

من خلال هذا التقييم يتساءل الفرد من الطرق التي تسمح له بتجاوز إنعكاسات مواجهة التهديد من أجل تقليل الخسارة و الإنذار بالخطر LAZARUS et AL 1984 و عليه يتم تحديد الطرق للتغلب على المشكلات كالإبتعاد عن الموقف الضاغط أو التجنب أو البحث عن المساندة الإجتماعية .

و يؤدي التقييم هذا إلى إستعمال إستراتيجيات لمواجهة الضغوط و التي تهدف إلى التخفيف من حدة الضغط النفسي ، و قد وضع " **لازاروس** " و " **فولكمان** " إستراتيجيات لمواجهة الضغوط الأولى متمركزة حول الإنفعال و الأخرى متمركزة حول المشكل ، و سنتطرق إلى هذه الإستراتيجيات في المبحث الموالي .

تمر الضغوط بمجموعة من المراحل و التي حددها " **راه** RAHE " بـ



- شكل يوضح ميكانزم الإستجابة للضغط -

يتأثر إدراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه مع الضغوط المتشابهة بالمساندة الإجتماعية التي يحصل عليها و بمعتقداته بما في ذلك الدينية .

أما الميكانزمات الدفاعية للأنا كالانكار فتعمل بطريقة لاشعورية ، و يؤكد " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** 1988 " أن العلاقة بين الفرد و المحيط الخارجي تتأثر بالخصائص الشخصية الداخلية و المتغيرات المحيط مما يفسر إمكانية تقييم الموقف من طرف فرد على أنه مهدد ، و تقييم نفس الموقف من طرف فرد آخر على أنه بمثابة " **تحدي** " .

و تتمثل العوامل الشخصية في :

1) **المعتقدات** Les croyances :

و تتمثل في المعتقدات الدينية و التعاليم التي تتبعها و قدرته على مواجهة المواقف المختلفة و يؤكد ذلك **لازاروس و فولكمان (1984)** .

2) **قدرة التحمل** L’endurance :

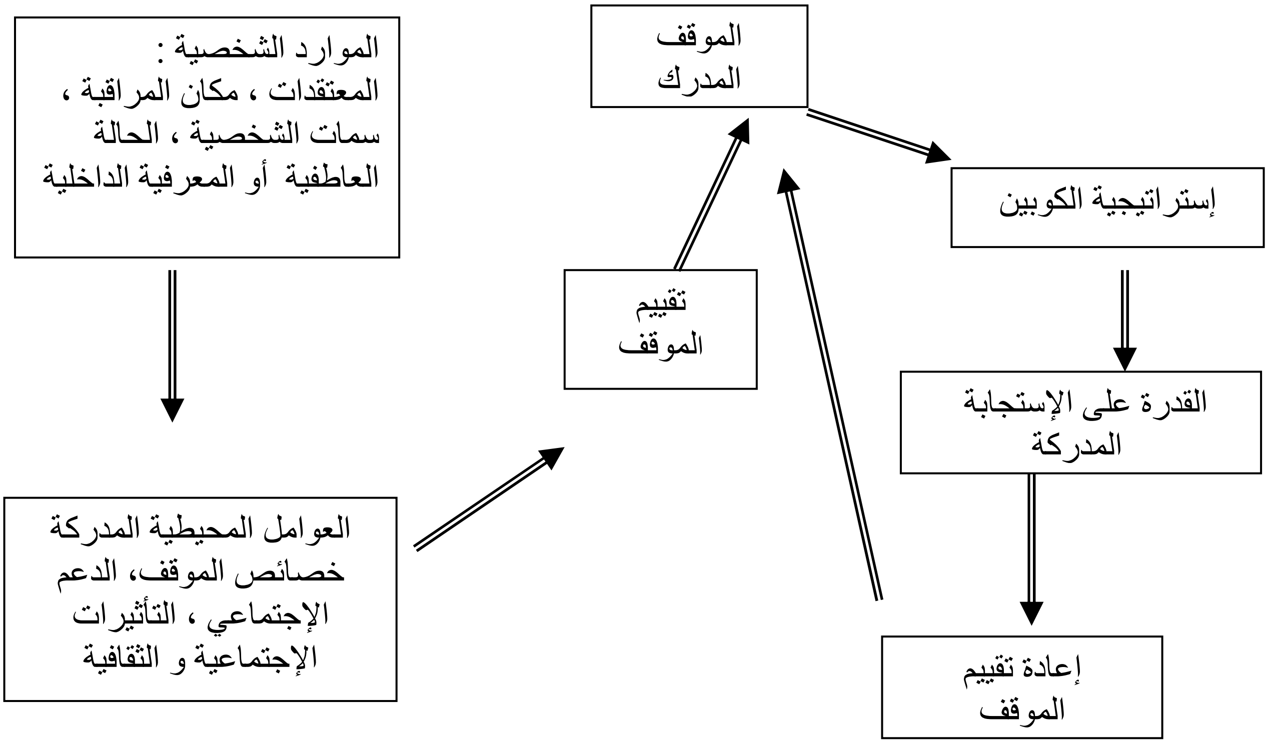
و تتمثل في قدرة الفرد على التحكم الشخصي أمام مواقف الحياة و قدراته على تحمل الضغط النفسي الإجتماعي .

3) **القلق كسمة** :

يتميز القلق كسمة بتكوين مستمر في الشخصية و هو يتمثل في إدراك المواقف على أنها مهددة ، و حسب " **سبيلبرجر** " و " **جور سوسن** " و " **لوشان** " على أن إدراك

الأفراد الذين يتميزون بقلق ضعيف للمواقف الضاغطة على أنها أقل تهديدا لكيانهم و عليه يتمتعون بقدرات عالية للتحكم فيها مقارنة بألائك الذين يتميزون بقلق مرتفع .

و يؤكد " **لازاروس** " و " **فولكمان** " أن هذه الخصائص الشخصية الثلاث تؤثر بشكل كبير على إدراك الفرد للمواقف الضاغطة . **بولهمان** PAULHAN **و بورجوا** (1995 BOURGEOIS (1995)).



شكل يوضح ميكانزمات تحليل الموقف و المعلومات المرتبطة به و الإستجابة له .

و من خلال هذا الشكل الذي وضعه " **بولهمان** " و " **بورجوا** " بين أن الفرد غير محايد ، حيث يقوم الفرد بالبحث عن معلومات التي يؤدي إلى معنى بالنسبة للمحيط الذي يعيش فيه من خلال تصنيف و أخذ المعلومات المرتبطة بالموقف و تهميش المعلومات الأخرى ، حيث تحليل المعلومات يتشكل من عدد من المتغيرات كما هو مبين في الشكل السابق و تشكل العوامل الإجتماعية و الثقافية و المعلومات المرتبطة بها جزء من التفاعل مع المعلومات المرتبطة بالموقف .

و يتبين من خلال ذلك أن الضغط حالة نفسية ناتجة عن خلل في إدراك ما بين التوقعات المدركة و إعادة تقييم القدرات التي يتطلبها الموقف أو المهمة . **سكانف** SCANFF **و برتش** BERTCH 1995)

7-4- **نظرية موراي** MURAIL **للضغط النفسي** :

يعتبر " **موراي** MURAIL " أن مفهوم الحاجة و مفهوم الضغط مفهومان أساسيان على إعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك ، و مفهوم الضغط يمثل المحددات المؤثرة و الجوهرية للسلوك في البيئة **(هول و ليندري** 1978) ، و يعرف الضغوط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو تعوق جهود الفرد للوصول إلى هدف معين ، و يميز " **موراي** " بين نوعين من الضغوط هما :

أ) ضغط بيتا BETA stress : و يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية و الأشخاص كما يدركها الفرد .

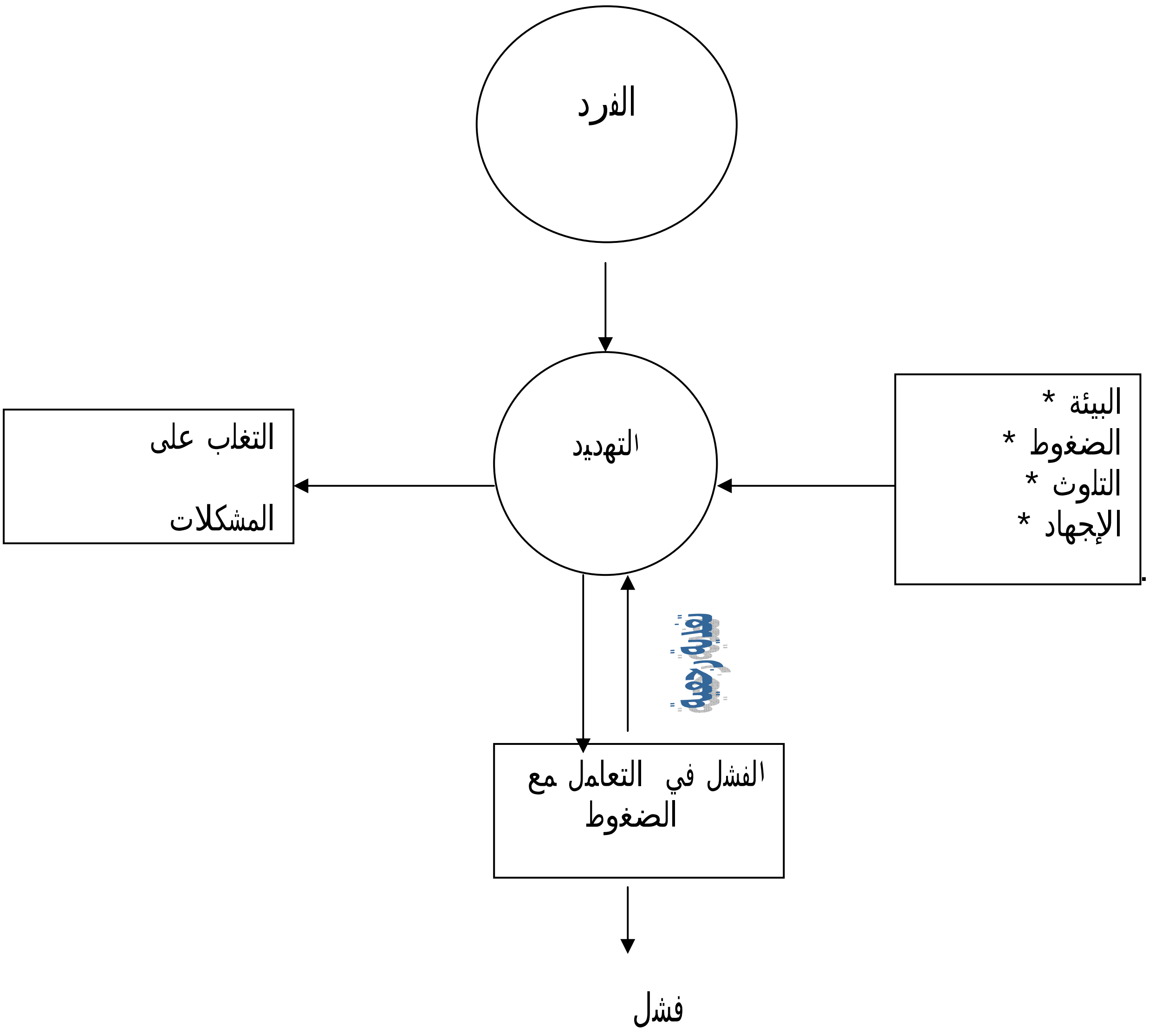
ب) ضغط ألفا ALPHA stresse : و يشير إلى خصائص الموضوعات و دلالتها كما هي .

و يبين " **موراي** " أن سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول و يؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ، و يطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة . أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز و الضغط و الحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم **ألفا. ولنذري**(1978) .

7-5- **نموذج كوبر** COPER **للضغط** :

يبين " **كوبر** COPER " أسباب و تأثير الضغوط على الفرد ، و تذكر " **كوبر** " أن بيئة الفرد تعتبر مصدرا للضغوط مما يؤدي إلى وجود تهديد لحاجة من حاجات الفرد أو يشكل خطر يهدد الفرد و أهدافه في الحياة فيشعر بحالة الضغط ، و يحاول إستخدام بعض الإسترتيجيات و إستمرت الضغوط لفترات طويلة ، فانها تؤدي إلى بعض

الأمراض مثل أمراض القلب و الأمراض العقلية ، كما تؤدي إلى زيادة القلق و الإكتئاب ، و إنخفاض تقدير الذات ، و يمكن أن نبين نموذج كوبر في الشكل التالي :



- الشكل رقم (3) يبين بيئة الفرد كنموذج للضغوط –

8- **علاقة الشخصية بالضغوط** :

عند تناول شخصية الفرد و علاقتها بمصادر الضغوط السلبية فان الإهتمام ينحصر في دور الإستعداد الشخصي في مواجهة المصادر و إنعكاس تلك المواجهة على الصحة البدنية و النفسية للفرد .

و قد أكدت مختلف الدراسات أن شخصية الفرد لها دور في نوعية الإستجابة لمصادر الضغوط **(جردانو و آخرون** GIRDANO 1997) . و في الغالب تعتبر شخصية الفرد عاملا وسيطا أو متداخلا تخفف أو تزيد من حدة الموقف السلبي (الضغط) على الفرد بما أن الأفراد يختلفون في شخصياتهم فانهم بالتالي يختلفون في ردود فعلهم للمواقف الضاغطة .

و يرى " **وليام أوسلر** WHLLIAM OSLER " بأن صفات المريض أي شخصيته و ليس نوع المرض هو العامل الحاسم في التعامل عند الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة . فهناك من ينهار و يفقد الأمل من أول لحظة يصل إلى أسماعه خبر إصابته بمرض عضال ، و في الوقت نفسه هناك من يتعامل مع خبر مماثل بدرجة من الثقة و الإيمان في التغلب و محاصرة المرض .

و فيما يرتبط بالشخصية و علاقتها بالضغوط ، فقد وجد أن سمات مثل : التسلطية ، و الإنبساطية ، تحمل الغموض ، القلق ، الحالة الإنفعالية و النمط "**أ**" من الشخصية ، درجة الثقة بالنفس ، درجة التفاؤل ، و غيرها من السمات لها علاقة في نوعية الإستجابات السلوكية للمواقف المختلفة ، و تساهم هذه السمات أو الصفات الشخصية سلبا أو إيجابا في الضغوط التي تصيب الفرد .

و يمكن ذكر بعض السمات الشخصية و علاقتها بالضغوط النفسية فيما يلي :

8-1- **الصلابة أو الشدة النفسية** Psychological hordiners :

و تشير الصلابة النفسية إلى الفرد الذي يمتلك مجموعة من السمات تساعده على مواجهة مصادر الضغوط ، فالفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية لديه القدرة على توقع الأزمات و التغلب عليها .

و يرى الباحثون أن تلك الصلابة تعمل عازلة تخفف الآثار السلبية للضغوط (LUTHANS , 1992) و كما أن الضغوط تمثل لهم عامل إثارة في حياتهم و ليس مصدرا مساهما في زيادة الحمل .

8-2- **الكفاية الذاتية** SELFEFFICACY :

يدل مفهوم الكفاية الذاتية على إدراك الفرد لقدرته و فعاليته في مواجهة أحداث الحياة و يرى **ألبرت باندورا** ALBERT BANDURA بأن الكفاءة في الشخصية الإنسانية لا تقتصر على إمتلاكها مهارات سلوكية متنوعة ، بل إلى جانب ذلك على الثقة و الإعتقاد بالكفاية الذاتية . و إدراك الفرد بكفايته الذاتية يتأثر على سلوكه و نمط تفكيره و إنفعالاته (Ruthus 1987 , mayer et suttom , 1996 **)** .

و يمكن إعتبار المفهوم مرادفا للقدرة ، فعندما يواجه موقفا معينا ما نتساءل عن مدى إدراك الفرد في القيام بالسلوك المطلوب ، فنجاح أو فشل الفرد يعتمد على النتائج للمعلومات التي يتم معالجتها بصورة تكاملية .

8-3- **التفاؤل** Optimisme :

يرى الباحثان **كارفر و شير** CARVER et SCHEIER أن الفرد الذي يتسم بالإستعداد أو النزعة التفاؤلية غالبا ما يمتلك وسائل للتعامل مع المواقف الضاغطة مقرنة بصاحب النظرة التشاؤمية ، إذ أن أصحاب النظرة التفاؤلية يخبرون أعراضا بدنية و نفسية سلبية أقل مقارنة بالذين يفتقدونها .

8-4- **نمط " أ " من السلوك** Type A :

إستخدم النمط " أ " و المنط " ب " في دراسة الضغوط من طرف " **مير فردمان** " و "**رى روزنمان** " ، و قد أطلق على بناء فرضي إنفعالي و سلوكي تسمية نمط " **أ** " من السلوك ، و الفرد الذي يصنف ضمن هذا النمط يتصف بالتالي :

القيام بأكثر من عمل في وقت واحد ، السباق ضد الوقت ، شخصية عدوانية ، درجة عالية من الدافعية ، درجة عالية من روح التنافس ، النظرة إلى الحياة كميدان للمنافسة حتى في الأنشطة العادية ، رغبة عالية في الإنجاز ، تحريك الذراع بشكل دائم اثناء الحديث .

8-5- مفهوم الذات Self concept : يدل هذا المفهوم على الصورة الكلية للأفكار و المشاعر التي يحملها الفرد في نفسه ، و هذه الصورة تتكوم من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الإجتماعي ، بدأ بالأسرة و الأصدقاء ، فهؤلاء يمثلون مصادر تقييم أو معلومات يستند إليها الفرد في معرفة مصادر القواة و مصادر الضعف في شخصيته ، و هذه المعلومات تساهم في رسم الصورة الكلية و منها التي يدركها الفرد عن نفسه في المواقف الإجتماعية المختلفة .

و هذا المفهوم يبدأ في التكوين من السنوات الأولى في الحياة الفرد و مع وجود الفروق البدنية و الإنفعالية و تباين مواقف الحياة و ردود الفعل بين الأفراد خلال التفاعل الإجتماعي تبرز مستويات مختلفة من مفهوم الذات ، تتفاوت من الدرجة العالية في السلبية إلى الدرجة العالية في الإيجابية **جردانوا و دوسيك** (GIRDANO et (1988 DUSEK.

8-6- القلق ANXIETY :

يعرف القلق بأنه شعور من الخوف أو التوتر الذي يرتبط بشيء أو يكون لإرتباط بشيء معين (WOOD et WOOD 1996)، فالفرد القلق يحمل أفكار مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها ، و تمثل بعض الأعراض الأكثر حدة : كالشعور بالتوتر الدائم أو الشعور بالخوف المستمر أو الشعور بالتعب أو الإجهاد هؤلاء يكونون أكثر عرضة الاضطرابات السيكوسوماتية بسبب نشاط الجهاز السمبثاوي و الباراسمبثاوي و هذه الإستمرارية تؤدي إلى إصابة الأعضاء الحيوية للجسم بالتلف .

9- علاقة الضغط النفسي بالقلق :

يميز " **سبيلبرجر** " بين علاقة الضغط النفسي بالقلق بكون القلق عملية إنفعالية تشير إلى تتابع الإستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط ، كما يميز بين مفهوم الضغط و مفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الإختلافات في الظروف و الأحوال البيئية التي تتميز بالخطر ، أما التهديد فهو تقدير و تفسير ذاتي لموقف أو حدث على أنه خطير .

10 - علاقة الضغط النفسي بالإكتئاب :

تلعب الضغوط النفسية ، بما فيها أحداث الحياة دور مهما في ظهور الإكتئاب و قد بينت المقارنات بين الجماعات المستهدفة للاكتئاب ، أن أكثر الجماعات إستهدافا هم أكثرها تعرضا للضغوط ، فالمقارنة بين الذكور و الإناث بينت أن نسبة إنتشار الإكتئاب بين النساء أعلى من الذكور ROMAINS 1987 ، و هناك ما يثبت أن الضغوط النفسية التي تتعرض لها المرأة مرتبطة بدورها السلبي ، و إقصاءها عن إتخاذ القرارات و يجعلها أقل قوة وأقل عجزا مما يعرضها للاصابة النفسية 1987 AKISKAL ,

كذلك من الآثار النفسية و الإجتماعية التي تؤديها الضغوط و الأحداث الإنفعالية على نوع الإصابة المرضي حيث يتواكب ظهورها بتطور أنواع معينة من الضغوط التي تؤدي إلى الأمراض الجسدية كارتفاع ضغط الدم و أمراض القلب كذلك تعمل على إضعاف جهاز المناعة و تؤدي إلى الأمراض السرطانية و الإصابة بالإكتئاب ، كذلك الأحداث و الضغوط المرتبطة بالإنفصال و الخسارة مادية أو لإجتماعية هي المفجر الأساسي للاكتئاب ، و من ثم فقد بينت نتائج أن من أكثر أنواع الضغوط إرتباط بالإكتئاب تلك التي ترتبط بحدوث خسائر أو فقدان و من ثم فان إنتشار الإكتئاب لدى الأرامل و المطلقين و المطلقات شيء مؤكد GELDER GATH et MAYER 1983 .

كذلك يزداد الإكتئاب نتيجة للضغوط التي تنشأ من المرض الجسمي ، فقد تبين أن المرضى من مختلف الإصابات يتعرضون للاكئاب أكثر من غيرهم و هذا لا ينطبق على

كل الأشخاص ، حيث لا يستجيب كل المرضى العضويين للاكتئاب ، حيث تؤدي بعض الأمراض المرتبطة باضطراب الغدد و الهرمونات ...... أكثر من غيرها إلى الإصابة بالإكتئاب ، إلى أن هذه الفروق تنطبق على العلاقات التي تربط الإكتئاب بالضغوط ، فالأفراد لا يستجيبون للضغوط بنفس الطريقة . **عبد الستار .(1998)** .

المبحث الثاني :

استراتيجيات التعامل مع

الضغوط النفسية " الكوبين "

تمهيد

1- تعريف إستراتيجيات ال تعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " .

1-1- جذور مصطلح الكوبين .

2- التناول النظري لإستراتيجيات التعتنل مع الضغوط النفسية " الكوبين " .

2-1- النمودج الحيواني .

2-2- نمودج علم النفي الأنا .

2-3- النمودج التفاعلي لإستراتيجيات الكوبين للازاروس و فولكمان .

2-3-1- التقييم المعرفي .

2-3-1-1- التقييم الأولي .

2-3-1-2- التقييم الثانوي .

2-3-2- التحكم الفعلي .

3- أنواع إستراتيجيات الكوبين و رسائل قياسها .

إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " COPING

تمهيد :

تشكل الضغوط خطرا على صحة الفرد و توازنه ، كما تهدد كيانه النفسي ، و ما ينشأ عنها من آثار سلبية ، كعدم القدرة على التكيف و ضعف مستوى الأداء و العجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية ، و إنخفاض الدافعية للعمل و الشعور بالإنهاك النفسي ، فان أساليب التعامل مع هذه الضغوط تهدف إلى إعادة التوافق للفرد إذا ما أستدل على معرفة الأسلوب المناسب لشخصيته ، و هنا تكمن الصعوبة ، فحينما يتعامل الفرد مع الموقف فانه يستجيب بطريقة من شأنها أن تساعده على التجنب أو الهروب أو من تقليل الأزمة و معالجة المشكلة . **دافيدوف(1983).**

إن الأزمات النفسية الشديدة أو الصدمات الإنفعالية العنيفة أو أي إضطراب في علاقة الفرد مع غيره من الأفراد على مستوى البيت أو العمل أو المجتمع و غير ذلك من المشكلات أو الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته ، و التي تدفع به إلى حالة من الضيق و التوتر و القلق ، يخلق لديه وسائل لإستيعاب الموقف و التفاعل معه ، فيأخذ أسلوبا لحل المشكلة و مواجهة الموقف وفق إستراتيجية نفسية يختارها هو ، و هذه الطرق و الوسائل التي تستطيع أن يخفض التوتر تسمى أساليب التعامل مع الضغوط ، و عند نظرية التحليل النفسي تسمى بالأساليب أو الحيل الدفاعية أو آليات الدفاع و هي تسوية بين المكبوتات و قوى الكبت ، كما أنها أشبه ببديل تعويضي عن فشل الكبت و ما يترتب عنه من القلق . و إن أهم ما يميز العمليات الدفاعية عن أساليب التعامل ، كون الأولى تحدث لاشعوريا ، أما الثانية أساليب التعامل فهي تحدث شعوريا و يلجأ إليها الفرد بما يلبي نمط شخصيته عن الموقف الضاغط المهدد له .

سنقوم في هذا المبحث بتقديم التعاريف المختلفة لمفهوم الكوبين و النظريات التي تناولته ، كما سنقدم مختلف الإستراتيجيات المستعملة في مواجهة المواقف الضاغطة .

1- تعريف إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية الكوبين : COPING

تعرف أساليب التعامل مع الضغوط بأنها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم.

و يعرفها **سبيلبرجر** SPIELBERGER **.(** 1966**)** بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له .

أما " **راي و آخرون** REY et AL , 1982 " أن هذا المصطلح يتضمن وجود مشكل حقيقي أو متصور من جهة و من جهة أخرى على تهيء الفرد لمواجهة الحدث(1995**)** PAULHAN .

أما " **كوهين** COHEN " و " **لازاروس** " فيعرفها على أنها : أي جهد يبدله الإنسان للسيطرة على الضغط .

والإمارة بأنها المحاولة التي يبدلها الفرد لإعادة إتزانه النفسي و التكيف للأحداث التي أدرك تهديداتها الآنية و المستقلية . **سعد الإمارة** **(**2001**)** .

أما مفهوم الكوبين كما عرفه " **لازاروس** LAZARUS " **و** " **لونييي** LAUNIER **.** 1978 " " هو تحديد مجموع السياقات التي يستخدمها الفرد أمام الوضعية التي يراها مهددة من أجل التحكم ، أو التقليل من تأثيرها على الصحة الجسمية و النفسية " **. شويتزر** SCHWEITZER **، دانتزر** DANTZER **.**1994 "

و يعرفها **لازاروس و فولكمان** LAZARUS et FOLKMAN 1984 . " بأنها مجموع الجهود المعرفية و السلوكية الموجهة للتغلب ، التخفيف ، أو تحمل و تقبل المتطلبات الداخلية التي تهدد أو تتجاوز موارد الفرد " **لازاروس و فولكمان** 1984 "

و تتعرض هذه الجهود بدورها إلى سلسلة من التحولات وفق تقييم و إعادة تقييم الفرد المستمرة لمحيطه ، و ينتج عن هذه التحولات أو التغيرات سياقات الكوبين الموجهة لتصحيح الوضعية التي تتميز بالألم و الحزن أو تعديلها .

و قد تنتج هذه التحولات على مستوى الفرد نظام التغدية الرجعية نتيجة لتغيرات جرت على مستوى المحيط و مستقلة عن الفرد **لازاروس** LAZARUS .

و يعرفها كذلك " **برونوست** PRONOST **و تاب** TAP **،** 1997 ، بمجموعة السلوكات و الإستراتيجيات التي يستعملها الفرد لمواجهة موقف ضاغط .

و يعرفها **بولهمان و كنيتار** PAULHAN et KNITAR 1994 ، " بمجموع السيرورات التي تتوسط الفرد في حد ذاته و الحادثة المدركة كتهديد من أجل التحكم فيها ، أو تجاوزها ، أو التقليل من آثارها على الصحة النفسية و الجسمية "

أما **فليشمان** FLEICHMAN 1984 " فيعرفها " كاستجابة معرفية تخفض تخفض أو تقضي على الضيق النفسي أو الضغوطات "

أما **دانتشاف** DANTCHV 1989 " ، فيرى أن الكوبين هو الطريقة التي يحقق بها الفرد توافقه أمام المواقف الصعبة التي تعترضه **دانتشاف** DANTCHV 1989 .

1-1 **جذور مصطلح الكوبين** COPING :

تعود أصل كلمة " **الكوبين** COPING " إلى الإشتقاق من الكلمة الإنجليزية to cope ، و التي تعني كل أنواع النشاط الإيجابي كالتحدي و المقاومة و الكفاح و الصراع و التغلب على المشكلات و المصاعب ، أما في اللغة الفرنيبة فتعني مواجهة الشيء faire face .

أما في الإستعمال فقد إختلفت في تحديدها فعند البلدان الناطقة باللغة الإنجليزية فيستعملون مصطلح " Coping stratégie " في حين نجده عند مستعملي اللغة الفرنسية تحت إسم stratégie d'ajustement **لبولهان** PAULHAN **،** 1994

أما باللغة العربية فهناك مجموعة من المصطلحات المرادفة لهذا المفهوم و هي :

إستريتجيات التعامل ، الميكانزمات الدفاعية ، إستريتجيات التوافق التأقلم ، كذلك ترجمة البعض بـ " المواجهة " (**يوسف سيد** 1993 **، عبد المعطي** 1994 **، أحمد النيال و إبراهيم عبد الله هشام** 1994) ، و إستعمل كمفهوم إلى " التحمل " (**عبد الباسط**

إبراهيم 1994) ، كما إستهمل بمفهوم (**رجب علي** 1992 **، خليل الشرقاوي** 1993 **،** **عبد الباسط إبراهيم** 1994) ، كما إستخدم كمفهوم مرادف " التكيف " **(علي شعبان محمد** 1990)

إذن يمكن القول أن إ ستراتيجيات التعامل مع الضغوط ترجع إلى الجهد المعرفي و السلوكي الذي يبدله الفرد من أجل مواجهة المواقف الضاغطة ، فالعديد من التعاريف التي طرحت لتحديد هذا المفهوم يميز الواحد منها عن الآخر من خلال المتغيرات المرتبطة بالموقف ، و بالنسبة لمحتواه ، عبارة عن المجهودات الواعية و الغير واعية أما بالنسبة لأبعاده ، فالعملية تتحدد بالموقف الضاغط .

2- **التناول النظري لإستراتيجيات التعامل مع الضغوط " الكوبين ":**

يمكن أن نقول أن التطرق إلى إستراتيجيات الكوبين بدأ من خلال إتجاهين نظريين و من خلال البحوث التي قدمها " **لازاروس " و " فولكمان** " ، فالأول بدأ من خلال التجارب على الحيوانات و الإستجابات السلوكية التي يحدثها ، و الثاني من خلال المنودج النفسي لسيكولوجية الأنا الموجودة في ثرات التحليل النفسي .

2-1- **النمودج الحيواني** Le modèle Animale :

قام مجموعة من الباحثين بدراسات تجريبية على الحيوانات و على رأسهم " **كيلر** KILLER " و " **أورزين** URSUINE " الذين أظهروا أن إستمرارية حياة الحيوانات مرتبطة بقدرته على التنبأ و السيطرة من أجل تجاوز الأخطار ، و حسب " **لازاروس** " فان المقاومة عند الحيوان هي مكانزم حيوي يتمثل بالمواجهة من أجل السيطرة على ظروف المحيط تكون طارئة ، تهدف من خلالها إلى التقليل من حدة الإضطرابات الفزيولوجية و النفسية و خاصة من خلال الوسائل السلوكية المتمثلة في الهروب و التجنب أو الهجوم " **لازاروس و فولكمان .** 1984 " .

2-2- نموذج علم النفس الأنا Le modèle de la psychologie du Moi :

يعود إستعمال أساليب الكوبين في النموذج علم النفس الأنا ، إلى مكانزمات الدفاع التي يقوم بها الأنا ، و هي مجموعة من العمليات المعرفية اللاشعورية كالعزلة التي تهدف إلى التخفيف أو التخلص من القلق " **بولهان** 1992 " **و** " **فولكمان** 1988 "

و من الباحثين في هذا الإتجاه كل من **باركر** PARKER **و أوندلر** ENDLER 1996 ، **بات** BETH ، **دنوف** DINOFF ؛ سندرس C.R.S SYNDER . 1999 الذين حددوا أوائل الدراسات حول الكوبين في الستينيات ، من خلال الأعمال التي قام بها " **فرويد** FREUD " و تلاميذته في إطار الدراسات السيكوديناميةالتي تطرقت إلى ميكانزمات المقاومة .

كما بينت أبحاث أخرى دور أهمية آليات الدفاع في تكيف بعض المرضى مع حالتهم المرضية .

و يرى **فيانت** 1992 VAILLANT ، أن آليات الدفاع هي عبارة عن تشوهات معرفية متواجدة بفضل الإنتقاء الطبعي و هذا من أجل التخفيف عن الصراعات و حالات القلق الناتجة عن تغيرات الوسط الداخلي أو الخارجي ، فهي آليات دفاعية لاشعورية و قد وصف فيانت آليات الدفاع بأربع مستويات :

1- دفاعات ذهانية كالإنكار الذهاني و الإسقاط الهذياني .

2- دفاعات غير ناضجة كالإسقاط و الوساوس .

3- دفاعات عصابية كالكتب و التديل .

4- دفاعات ناضجة كالتصعيد و الفكاهة .

** كما أن نمودج سيكولوجية الأنا المرتبط بدفاعات الأنا هيمنت عليه البحوث النظرية المرتبطة بالمقاومة مفهوم خارج الفرد و داخل الفرد inter individuel et intra individuel **باركر** PARKER ، **أندرلر** ANDLER ، 1996

و تبدأ هذه من فكرة أن هناك عدد من الخصائص مستقرة نسبيا للفرد تهيئه للمواجهة أكثر من غيرها في المواقف الضاغطة ، و العديد من الرواد أكدوا وجود إختلافات بين الأفراد للعناصر المستقرة للمقاومة و تمت ملاحظتها في العديد من المواقف التي تسبب الضغط . **تيري** TERRY ، 1994 .

و من أجل تفسير هذه الإختلافات الفردية التي تمت ملاحظتها من خلال الإستجابة للمقاومة قام الباحثين بالإستعانة باثنين من المفاهيم هما : سمات الشخصية trait de personnalités ، و أساليب المقاومة style de coping و مفهوم السمات الشخصية العادية هي أنه توجد إستعدادات فردية للاستجابة بصفة أكثر من غيرها Costa , somerfuld , macrae 1996 .

أما صيغة أساليب المقاومة تعود مرجعتها إلى الإستعداد النسبي المستقر في أي وضع أو موقف يتواجد فيه الفرد ، و له تأثير على إختيار الإستجابات الناتجة عن الضغط . **تيري** 1984 .

من خلال هذا التبني النظري الخاضع للأفراد في تبني مجموعة من الإستراتيجيات تفضيلية و التي هي مهيئة من قبل مواجهة مواقف الضغط فهي تبقى نفس الإستراتيجيات حتى و إن إختلفت المواقف و الأحداث . **وينهاب سيير ، و كافيي** , CAVIER SCHEIER et WEINTAND 1985 .

2-3- النمودج التفاعلي لإستراتيجيات الكوبين Le modèle transactionnel de Coping :

أعطت الخصائص العامة للاتجاهات النظرية التي تناولت نمودج المثير و الإستجابة ، بناءا و تصورا متوازي ، واحدا ، و المستقر ، لتفسير الإرتباط الموجود بين إنفعال " كوبين " ، أين ينظر إليه على أنه إستجابة لها وظيفة هي تقليل الضغط الإنفعالي . **فولكمان و آخرون (**1988 **).**

و قد بدأ مفهوم جديد بالظهور من خلال النظريات التي تناولت الضغط النفسي حيث ستقوم تدريجيا بوصف إستراتيجيات التعامل مع الضغوط " الكوبين " على أنها أسلوب لها هدف هو تسيير الأفعال و حل المشاكل الناتجة عن التغير الديناميكي في العلاقة بين الفرد و المحيط . **لازاروس (1993)** .

و يتأثر إدراك الفرد للضغط بالخبرات التي تشابه الضغوطات الحالية ، و التي تعتمد على السند الإجتماعي و المعتقدات الدينية بالإضافة إلى مكانزمات دفاع الأنا التي تتدخل بطريقة لاشعورية ، أما العمليات الشعورية فهي تعمل على التخطيط لمواجهة الضغوط و هذا باستعمال لأساليب عديدة كالإسترخاء و النشاط الرياضي و الترفيه المعرفي **بواهان(1995)** .

و في هذا النمودج يشير مصطلح التفاعلي Transactionnel إلى الربط بين الفرد و المحيط من خلال علاقة ديناميكية متبادلة بين الطرفين **لازاروس ، فولكمان ، قرين ، داونجي (1986)** . عندما يتم تقييم هذه العلاقة من طرف الفرد على أنها تضعف موارده و تهدد سلامته و بذلك . تمر هذه العلاقة بسياقين و هما :

2-3-1- التقييم المعرفي L'évaluation cognitive :

يرتكز هذا النمودج على أن الفرد اليقض يقوم بعملية تقييمية دائمة للعلاقة بينه و بين المحيط . و هذا لتحقيق سلامته الجسمية و الشخصية **لازاروس (2001)** . و مصطلح التقييم évaluation يتجاوز مفهوم تحليل المعلومات و المعطيات ، **لازاروس و فولكمان (1984)** ، و يتحدد من خلال الفرد باستعمال أساليب التي يحدثها هو ، و التقييم هذا معرفي لأنه يستعمل أساليب مركبة من الوعي و التحكيم . **لازاروس (2001)** .

* و أساليب التقييم هذه لها وظيفة التكيف من خلال إيجاد توازن بين إثنين من القوى : الأولى تتمثل في واقع المحيط ، و الذي يشمل المتطلبات ، و العوائق ، و الموارد ؛ و الثاني عبارة عن مصالح الفرد . **لازاروس** (1991) ، لذا يجب إدراك واقع المحيط

بطريقة صحيحة من أجل التكيف ، و هذا من أجل الإبقاء على التفاؤل و في نفس الوقت المحافظة على تهيئات . **لازاروس (1991).**

و تتم عملية التقييم المعرفي من خلال مرحلتين :

2-3-1-1- التقييم الأولي :

التقييم الأولي من الأساليب التي يبحث من خلالها الفرد إلى معرفة القرار بنعم أو لا ، إذا كانت نعم بأي طريقة لأن ما يحدث له يشكل له توتر باعتبار أن له قيم و أهداف و له معتقدات و تصورات حول نفسه و العالم المحيط به كل هذا له إرتباط مع الموقف **لازاروس (2001)** .

2-3-1-2- التقييم الثانوي :

من خلال هذا التقييم الثانوي يسعى الفرد إلى معرفة هل يوجد شيء يستطيع فعله ، و إذا كان نعم فما هو . في هذا التقييم يهدف إلى إستعمال إسترتيجيات " الكوبين " الممكنة ، و إحتمال إستعمال كل واحد منها للوصول إلى النتائج المرجوة ، و نتائج كل من ردود الأفعال ممكن ، و كذلك العوائق الإجتماعية و النفسية المرتبطة بالإنجاز و كل هذه العناصر المرتبطة بالتقييم الثانوي تتلخص في ثلاثة مكونات :

1) اللوم الذي يكون إما داخلي أو خارجي .

2) إمكانات إسترتيجيات الكوبين .

3) التوقعات للمستقبل .

و عليه إستراتيجيات " **الكوبين** " ستتحدد عن طريق هذا التقييم . **لازاروس و فولكمان (2001)** .

و يمكن أن نميز إثنين من الوظائف الأساسية لإستراتيجيات الكوبين و التي تتمثل في الهدف التي تقوم به المجهودات المستعملة من أجل تسيير موقف ضاغط للوصول إلى نتائج متوقعة . **لازاروس و فولكمان (1984)** .

و أولى هذه الوظائف تتمثل في تسيير ، و تنفيد أو تغيير المشكل الذي يعود إليه الضغط . أما الوظيفة الثانية إعادة ضبط الإستجابة الشعورية الناتجة من خلال هذا التفاعل ، و المجهودات المستعملة في " الكوبين " لهذه الوظائف تمت تسميتها بـ :

1) " الكوبين المركز حول المشكل " " Coping centré sur le problème " .

2) "الكوبين المركز حول الإنفعال " " Coping centré sur l'émotion " .

** الكوبين المركز حول الإنفعال يحمل أساليب ذات طابع معرفي توجه لتقليص الإنذار الشعوري متمثل في التجنب ، التصغير ، التقبل ، و أخذ المسافة ، و إستراتيجيات تهدف إلى زيادة المشاعر الإنفعالية من خلال لوم الذات ، و كذلك يحتوي على مجهودات تتمثل في تغيير الطريقة و إدراك الفرد للواقع بدون أن يغيره ، كذلك إستراتيجيات التي لها تأثير غير مباشر على الموقف إذ يأخذ تفسير جديد (جهد بدني ، البحث عن الدعم المعنوي ،) **لازاروس و فولكمان (1984) .**

** أما الكوبين المركز حول المشكل يهدف إلى الحصول على معلومات و القيام بعملية التنفيد على أساس تلك المعلومات من أجل تغيير الموقف الذي يدركه على أنه ضاغط من أجل أن يصبح غير ذلك . **لازاروس (2001)** . و تكون إستراتيجيات الكوبين مركزة حول المشكل موجهة إما للفرد أو المحيط إذا كانت موجهة للفرد تؤدي إلى تغير على المستوى المعرفي أو الدفاعي .

و من أجل فهم العمليات التي يقوم بها الفرد في المواقف التي يحكم عليها على أنها ضاغطة ، توجد مجموعة من المتغيرات مرتبطة بالفرد و المحيط ، و التي تجمع إلى صنفين هما : الموارد و العوائق .

و من بين التصنيفات المرتبطة بالموارد و التي تم إختبارها في مجمل المواقف الضاغطة ، الصحة و الطاقة ، و عدد من المعتقدات الإيجابية ، الجدارة و التأهيل المرتبط مباشرة بحل المشكل ، و تأهيلات إجتماعية ، الدعم الإجتماعي ، و أخيرا موارد مادية . **لازاروس و فولكمان (1984)** .

و كذلك من بين العناصر التي لا تستعمل من طرف الأفراد بطريقة ملائمة يمكن تصنيفها إلى ثلاثة مجموعات : الأولى هي العوائق الفردية و تتمثل في القيم ، المعتقدات ، حاجة للاستقلالية الفردية ، الخوف من الفشل ، الخوف من النجاح ، الرغبات الشخصية . أما الثانية فهي مرتبطة بالمحيط و تتمثل في نقص الموارد المتوفرة ، المنافسة من طرف الأفراد لإستعمال الموارد . و أخيرا مستوى من التهديد المرتفع و التي تجعل في بعض الحالات القصوى إستطاعة الأفراد إستعمال مواردهم .

2- التحكم الفعلي :

و يمثل قدرة الفرد الخاصة في التحكم في الإستجابات و كما قلنا من قبل ، فان تقييم الفرد لموارده يساهم في إدراك نوعية الإستراتيجيات التي سوف يتبناها لمواجهة الموقف الضاغط ، و عليه فان الإدراك جزء من هذه العملية المعرفية في الربط بين الفرد و المحيط .

و قد بينت العديد من الأبحاث أن الأشخاص الذين ينسبون لأسباب داخلية و قابلة للتحكم يلجئون إلى إستعمال إستريتيجيات الكوبين المركزة حول المشكل ، و هذا أكثر من أؤلئك الذين ينسبون من أحداث إلى أسباب خارجية و غير قابلة للتحكم . **لازاروس و فولكمان** (1984) .

و يؤكد هذا الإتجاه **جانوف** JANNOF ، **و بولمان** BULMAN **،** 1977 . أن ضحايا حوادث الطرق ، ينسبون ما حدث لهم إلى عوامل خارجية ، لا يتحكمون فيها لتفسي ر ما حدث و يستخدمون عبارات و تفسيرات ترجع إلى إستريتيجيات كوبين مركزة على الإنفعال في حين أن البعض من الضحايا يرجعون إلى ما حدث لهم إلى أسباب داخلية أي إلى سلوكاتهم ، كالإفراط في السرعة ، و هي إستراتيجية مركزة على المشكل ، و بذلك يعانون من إضطرابات إنفعالية أقل حدة من غيرهم . **بولهان** (1995) .

و حسب **هلاهان** HALAHAN فان هذا النمودج قد غير بشكل أساسي معاني للضغط بعدما كان يحمل المعنى السلبي و المرضي ، قام باحثين بالإهتمام بقدرات التكيف ، و الفعل البناء ، و النمو الشخصي لمواجهة التحدي . **هلهان** HALHAN **و**

موز MOOS **(**1994) . و قد بينو كذلك أن المقاومة الموجهة نحو الضغط تتطور من خلال مواجهة المواقف الضاغطة و هذا عندما تكون هذه مسيرة بطريقة فعالة ، و المواقف الصعبة تؤدي إلى إمتلاك إمكانات للكوبين جديدة ، و هذه تؤدي كذلك إلى موارد إجتماعية و فردية جديدة ، و تتضمن تقاطع ديناميكي بين نمادج من العوامل هي : الموارد الإجتماعية ، الموارد النفسية ، و مجهودات الكوبين **، هلهان و آخرون (**1996) .

و حسب **واطسن** WATSON فان إستراتيجيات الكوبين تملك بعض من الخصائص الشخصية ، من خلال سمة الإستقرار و الصلابة . حيث يتم إستعمال إستراتيجيات " الكوبين " كتدابير مهيئة من قبل ، و مرتبة حسب طبيعة الموقف الذي له دور أهم في إختيار الإستراتيجية الأمثل . **باركر** PARKER ، أندلر ENDLER **(**1992) ، و كمثال على ذلك قام **كوستا** COSTA بدراسة إستجابات " الكوبين " من خلال ثلاثة نمادج للمواقف الضاغطة و هي : موت أو فقدان أحد الأقرباء ، التهديد و التحدي ، و قد وضع الصلابة النفسية كعنصر داخلي في ملاحظة الطريقة التي يستجيب كل واحد من النمادج الثلاثة للموقف و قد وجد أن في مواقف الفقدان ، يلجأ الأفراد إلى الإيمان و المعتقدات ، و القدر المحتوم ، بينما في مواجهة التحدي يستعملون الدعابة و الصرامة . **كوستا و آخرون (**1996) .

بالإضافة إلى ذلك فان بعض من سمات الشخصية تمت دراستها من أجل معرفة إرتباطها مع " الكوبين " و تبين حسب " **واطسن** " أن لها إرتباط قوي مع الأمراض النفسية كالإكتئاب و القلق ، و إضطراب الأكل ، و الشخصية و لها تأثير على الإستجابة للضغط . و عليه فان الأشخاص الذين لهم درجة عالية من الذوهان يواجهون أكثر من غيرهم أحداث سلبية ، و يقومون بتقييم أنفسهم و تقييم المحيط بتشاؤم ، و يستعملون بكثرة إستريتيجيات الكوبين المركزة حول الإنفعال و حول التجنب ، و يستعملون بدرجة أقل إستراتيجيات مركزة حول المشكل . **واطسن** WATSON **، ماتيو** MATTEWS **(**1999**)**

و كذلك أثبتت العديد من الدراسات أن للذكاء دور هام في العمليات المعرفية المتعددة . **كارول** CARROL 1993 . و يمثل مرجع للشكل العام للتكيف مع المحيط ، بحيث يعود للأفراد الموصوفين بالذكاء إلى التحكم السوي إجتماعيا و إنفعاليا و هذا أكثر من غيرهم **زدنار** ZEIDNER **(**1995) .

و يدخل الذكاء كذلك في عملية " الكوبين " على مستويات متعددة حيث يستطيع أن يؤثر بالدرجة الأولى على عملية التقييم عندما يسمح للفرد بعرض الإختيارات الأكثر تعقيد في التقييم الأولي و الثانوي .

ثانيا ، يؤثر الذكاء على إختيار إستراتيجيات " الكوبين " و قد إفترض " **زدنار** " أن إستراتيجيات الكوبين المركزة حول الإنفعال و حول المشكل تستعمل من طرف الأفراد الذين لهم درجة عالية في إختبارات الذكاء و الذين لهم درجة منخفضة في الذكاء ، لكن هذه الأخير أي ذوى الذكاء المنخفض يستعملون دائما إستراتيجيات مركزة حول الإنفعال لأنهم يقيمون المواقف على أنها لا تستطيع أن تفعل لها شيء زدنار ZEIDNER **،(** 1995**)** .

ثالثا فان العلاقة المتبادلة بين الذكاء أو النجاح العلمي و الكيفية التي تمت بها على أنها مرتبطة بالثقة لكل واحد في قدرات الكوبين مثل : selfe ficacity ، تقدير الذات و هذا ما يؤثر بصفة غير مباشرة على إختيار إستراتيجية " الكوبين " المناسبة لكل موقف . **زدنار ، ماتيو (**2000) .

كما يوجد نوع آخر من الذكاء يدخل في إختيار إسترتيجيات الكوبين ألا و هو الذكاء الإنفعالي أو العاطفي l’intelligence émotionnel **. سالوفي** SALOVEY **(**1999) .

إن مصطلح الذكاء الإنفعالي أو العاطفي يحدد نوع من الذكاء الذي هو سمة و له القدرة على معالجة و تحليل المعطيات الإنفعالية . **روبر** ROBERT **، زدنار**

ZEIDNER **، ماتيو** MATHEWS **(2001)** ، فالمعالجة الصحيحة للمواقف الضاغطة يعتبر العنصر المهم في الذكاء الإنفعالي .

3- أنواع إسترتيجيات الكوبين ووسائل قياسها :

هناك العديد من الإستجابات التي يقوم بها الفرد إتجاه مختلف المواقف الضاغطة ، و تخضع هذه الإستجابات إلى مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية التي يختارها الفرد تبعا للموقف و النتائج المتوقعة ، و عليه قام العديد من الباحثين أمثال : " **بيهر** BEEHER " **،** " **ماك قرات** MACGRATH **(1996)** " **،** " **باركر** PARKER " **و** " **أندلر** ENDLER **(1992)** " **؛** " **سندر** SYNDER **(1999)** " **، و كذلك** " **كارفر** CARVER **(1982)** " **،** " **ميلر** MILLER **(1987)** " **،** " **موس** MOOS **(1992)** " **،** " **بواك 1989** " **،** " **روجرس** ROJERS **(1993)** " **؛** " **ميركام** MIRKHAM **(1990)** " ، و غيرهم بدراسة الأشكال المتعددة لإسترتيجيات الكوبين ، و يعتبر " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " من الرواد في الدراسات الخاصة بالضغوط ، و إسترتيجيات الكوبين المستعملة في المواقف الضاغطة ، و تعتبر قائمة إستراتيجية الكوبين التي قدمها " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " تحت إسم " **مقياس طرق الكوبين** The way of coping check list **(1988)** " من أشهر القوائم المستعملة حتى الآن في أغلب الدراسات الخاصة بالكوبين و تتألف هذه القائمة من نوعين من الإستراتيجيات كما ذكرت من قبل ، و هي :

1) إستراتيجيات الكوبين المركزة حول المشكل .

2) إستراتيجيات الكوبين المركزة حول الإنفعال .

تستعمل هاذين النوعين لإستراتيجية الكوبين في أغلب المواقف الضاغطة و يتم إختيار كل نوع حسب تقييم الفرد للحدث الضاغط . **بولهان** PAULHAN **و آخرون . (1995).**

** و يتشكل هذل النوع من الكوبين المتمثل في الكوبين المركز حول الإنفعال من مجموعة من العمليات المعرفية و السلوكية الموجهة نحو تخفيض من التوتر الإنفعالي ، كما ذكرنا من قبل ، و من بينها التجنب ، و هي الإستراتيجية الأكثر إستعمالا فيمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي و هي نشاطات تعويضية كالنشاطات الرياضية و الترفيهية ، الإسترخاء و التسلية .... و التي من شأنها أن تسمح للفرد بتفريغ الشحنة الإنفعالية و بالتالي الشعور بالإرتياح **. فولكمان و آخرون . (**1986 **)**.

و حسبه دائما فان تعالية النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر مرتبطة بدرجة الضغط ، فمن الصعب تحويل نشاط معرفي نحو فكرة التحدي عندما ترتبط بالمواقف التي تهدد حياة الفرد ، حيث يظهر عجز هذه الإستراتيجيات في مواجهة تلك المواقف . كما تؤثر كذلك على الإنفعال من خلال إحداث تغيير في درجة الإنتباه و التركيز ، فاستراتيجية التجنب تعيق على إدراك مصدر الضغط ، و يؤدي إلى التقليل من حدة الإنفعال . و لهذا يعتبرها " **لازاروس** " إستراتيجية مرحلية يجعلها قليلة الفعالية .

أما إستراتيجيات المشكل فهي تهدف إلى إختيار الحلول و تغيير مصدر الضغط .

و قد بين **لازاروس** أن إستخدام إستراتيجية المركزة حول المشكل أكثر من إستخدام النوع الأول من الإستراتيجيات لأنها تسمح للوصول إلى حلول لمشكلاتهم . حيث تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بدرجة كبيرة على المحيط .

و يشير **كاهن** KAHN **و آخرون** ، أن هناك نوعين من الإستراتيجيات المركزة على المشكل : نوع موجه نحو المحيط و نوع موجه نحو الفرد .

يشمل النوع الأول على الإستراتيجيات المخففة من ضغط المحيط بما فيه أعباء العمل ، أما النوع الثاني فيحتوي على أساليب دفاعية تسمح ببناء و تطوير نمادج و معايير جديدة ، و غالبا ما تستعمل هذه الإستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقا من نفسه وواثقا من قدراته و إمكاناته في إحداث تغييرات و الوصول إلى حلول مناسب (**نقلا عن عيطور** 1997) .

أما بالنسبة لمكانزمات الضغوط التي يستخدمها الفرد لمواجهة ضغوط الحياة اليومية و التخفيف من حدتها فيدركها " **كلمان** KOLMAN **(**1978) " فيما يلي :

1- الوصول إلى المعلومات .

2- الإستجابات الآلية .

3- مرحلة الإنذار .

و قدم **كوهين** COHEN **،** 1994 مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوط تتمثل في :

1- **التفكير العقلاني :** و يتمثل في تفكير الفرد في مصدر القلق و أسبابه المرتبطة بالضغوط .

2- **التخيل :** و هي إستراتيجية يلجأ إليها الفرد للتفكير في المستقبل و ما يمكن أن يحدث .

3- **الإنكار :** و هي عملية معرفية ينكر من خلالها الفرد الضغوط و كل مصادر القلق

4- **حل المشكل** : يلجأ فيها الفرد إلى أفكار جديدة لمواجهة المشكل .

5- **الفكاهة :** و يلجأ إليها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة بالمرح ، و هي تستعمل الإنفعالات الإيجابية أثناء المواجهة .

6- **العودة إلى الدين :** تتمثل في عودة الفرد إلى القيم الدينية لتحقيق الدعم الروحي و الإنفعالي لمواجهة و تجاوزها مقياس آخر قام به كارفر و آخرون من خلال مسح للمقاييس التي أقيمت حول عملية الكوبين و رأى أن المشكلة التي تعاني منها هذه المقاييس قد أنشئت تجريبيا أم تطبيقيا أكثر منها نظري بمعنى أن الفقرات قد أختيرت على أنها عينات من الإستجابات المختلفة الممثلة و الممكنة للتعامل و ليس لأنها تمثل تصنيفات هامة للتعامل من الناحية النظرية ، ثم أستعمل التحليل العاملي بعد ذلك لبيان الأبعاد التي يمكن أن تحتويها هذه العينات ، و كانت النتيجة أن المقاييس تبدو و كأنها مرتبطة بمبادىء مفككة إلى حد ما . **الشرقاوي (**1993**)** .

و على أساس هذه الإنتقادات قام **كارفر و زملاؤه عام(1989)** بناء مقياس جديد متعدد الأبعاد تحت إسم " **كوب** COPE " ، و ذلك على أساس الأبعاد السابقة و قد إستخدموا أصحاب هذا المقياس نموذجين نظريين هما نموذج **لازاروس** في الضغوط و نموذج التنظيم الذاتي للسلوك الذي تناولوه في أبحاثهم السابقة **شرير** SCHEIER **،** **كارفر** CARVER **(1988)** .

و يتضمن مقياس " **كوب** " ثلاثة عشر مقياسا إدراكيا منفصلا ، أغلبها مبني على آراء نظرية معينة حول الخصائص الوظيفية لإستراتيجيات الكوبين :

1- الكوبين النشط .

2- التخطيط .

3- كبت أنشطة التنافس

4- الكوبين المحدود .

5- السعي إلى الدعم الإجتماعي لأغراض عملية .

6- السعي إلى الدعم الإجتماعي لأغراض عاطفية .

7- التركيز على العواطف و إظهارها .

8- الميل إلى التحرر السلوكي .

9- الميل إلى التحرر الذهني .

10- إعادة التفسير الإيجابي .

11- الإنكار .

12- التقبل .

13- الرجوع إلى الدين .

كما قدم " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " مقياس لتقييم إستراتيجيات الكوبين تحت إسم " قائمة مقياس طرق الكوبين " و يعد من أكثر المقاييس إستعمالا ، و يتكون من 67 بند و ينفرع

إلى 8 مقاييس فرعية تتضمن كل واحد منها مجموعة من البنود ، و تتلخص مقاييس الإستراتيجيات فيما يلي :

1- التخطيط لحل المشكل .

2- المواجهة .

3- أخذ المسافة .

4- إعادة التقييم الإيجابي .

5- التحكم في الذات .

6- لوم أو توبيخ الذات .

7- السند الإجتماعي .

8- الهروب أو التجنب .

و تمثل إستراتيجيات حل المشكل ، و إستراتيجية المواجهة الكوبين المركز حول المشكل ، أما باقي الإستراتيجيات فتمثل الكوبين المركز حول الإنفعال .

ثم قام **فيتاليانوا و آخرون** VATALIANO باعداد صورة مختصرة لهذا المقياس و التي تتكون من **(42)** بند و قام بتحديد خمسة إستراتيجيات هي :

1- الإتهام الذاتي .

2- التخطيط لحل المشكل .

3- إعادة التقييم الإيجابي .

4- البحث عن السند الإجتماعي .

5- التجنب . **بولهان و آخرون .**

و قدم بلهان ثلاثة أنواع من إستراتيجيات الكوبين :

1- التجنب و اليقظة :

و هي محاولة لتنشيط الإنتباه و هذا بابعاد الفرد عن مصدر القلق (إستراتيجية التجنب) او التركيز عليه و محاصرته (إستراتيجية اليقظة) .

و تعتبر إستراتيجية التجنب أكثر إستعمالا و هذا باستعمال الألعاب و المجهودات الرياضية ...و هي تساعد الفرد في التخفيف من شدة الإنفعالات و الإحساس بالراحة .

أما إستراتيجية اليقظة فهي تهدف إلى البحث حول مصدر القلق و التوتر لوضع خطة لحل المشكل .

2- **النشاطات المعرفية المرتبطة بالإنكار** :

و تهدف إلى تغيير المفاهيم الذاتية للحدة باستعمال نشاطات معرفية مماثلة للانكار كالمبالغة الإيجابية و إستعمال التسلية و الفكاهة و تقديم و حصر المظاهر المهددة و السلبية لمصادر القلق و إعادة التقييم الإيجابي و تحويل وضعية تهديد إلى تحدي .

3- **الجهود السلوكية النشطة** :

و تهدف إلى إستعمال جهود سلوكية لمواجهة المشكل قصد علاجه و كذلك إعداد خطة عمل تسمح للفرد بتغيير الوضعية التي يعيشها .

كما قام **أندار و باركر** ENDLER et PARKER : باعداد مقياس تحت إسم قائمة " الكوبين للوضعيات الضاغطة " و التي أعدت على أساس الأبحاث السابقة و المقاييس التي أعدت من قبل لكل من ، " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " **و** " **موس** " **و** " **كوستا** " ، و تشمل هذه القائمة ثلاثة أنواع من إستراتيجيات الكوبين وهي:

1- التركيز على الأداء .

2- التركيز على الإنفعال .

3- التجنب .

و ينقسم التجنب إلى فرعين ثانويين : الترفيه ، و النوع الإجتماعي .

أما ما يتعلق بمقياس الكوبين لمواجهة ضغوط الحياة في البيئة العربية منها ما يلي :

1- مقياس عمليات تحمل الضغوط :

صمم هذا المقياس **لطفي إبراهيم** 1994 ، و قد أعده على أساس الدراسات التي تناولت الضغوط و أساليب مواجهتها لكل من " **لازاروس و فولكمان " ، و " كارفر " و " شير " و " موس " و آخرون** .

و يتكون هذا المقياس من إحدى عشر مقياس فرعي ثم إنشاؤهم من منظورين رئيسيين :

1- تتمركز عمليات الكوبين إما نحو مصدر المشكلة أو الإنفعال المترتب عليها .

2- محتوى عملية الكوبين يشتمل على المحتوى السلوكي المعرفي و بذلك تتضمن عمليات التحمل (الكوبين) على خمسة فئات :

2-1- العمليات السلوكية الموجهة نحو مصدر المشكلة :

و تتمثل في عدد الأنشطة أو الأفعال التي يقوم بها الفرد للتعامل مع مصدر المشكلة ، كالفعل النشط ، و التريث (الكبح) .

2-2- العمليات السلوكية الموجهة نحو الإنفعال :

و تتمثل في الأنشطة التي يقوم بها الفرد للتخفيف من التوترات الإنفعالية المرتبطة بالمشكلة و تشمل الشعور بعدم القدرة (العجز) عزل الذات ، و التنفيس الإنفعالي .

2-3- العمليات المعرفية المتمركزة حول المشكل :

و تتمثل في الأفكار و الأنشطة الذهنية التي يقوم بها الفرد لدراسة أبعاد المشكلة و محاولة حلها و تشتمل على إعادة التفسير الإيجابي و الإنكار .

2-4- العمليات المعرفية المتمركزة حول الجوانب الإنفعالية :

كعمليات القبول التي تقود الفرد إلى قبول الواقع و معايشته و الإعتراف به ، و عملية الإنسحاب المعرفي (العقلي) كالإستغراق في الأحلام و التفكير في أشياء و

موضوعات بعيدة عن المشكلة و كذلك التفكير الإيجابي ، كتمني التفكير و زوال المشكلة .

2-5- العمليات المختلطة (سلوكية ، معرفية) :

و تشمل على عملية البحث عن المعلومات و الدعم الإجتماعي ، و على عملية الرجوع إلى الدين كمصدر للدعم الروحي لتجاوز الموقف الضاغط .

الفصل الثالث

القلق

تمهيد

1- لمحة تاريخية عن مفهوم القلق .

2- تعريف القلق .

3- طبيعة إنفعال القلق .

4- مكونات القلق .

5- مصادر القلق و أسبابه .

6- أنواع القلق .

8- مراحل المرض .

9- أعراض القلق .

9-1- الأعراض البدنية .

9-2- الأعراض النفسية .

10- نظريات القلق .

10-1- نظرية " فرويد " للقلق FREUD .

10-2- نظرية القلق عند " أتورانك " OTTRANK .

10-3- تفسير القلق عند " ماي " MAY .

10-4- تفسير القلق عند " كارل يونج " KARL YOUNG .

10-5- تفسير القلق عند " ألفرد أدلر " ALFRED ADLER .

10-6- تفسير القلق عند " هاري تساك سوليفان H.S.SULIVAN .

10-7- تفسير القلق عند " كارن هورني " KARN HORNEY .

10-8- تفسير القلق من خلال النظرية السلوكية .

10-9- تفسير القلق عند " دولارء و ميللر " DOLARD et MILLER

10-10- النظرية البيولوجية في تفسير القلق .

10-11- النظرية المعرفية في تفسير القلق .

10-12- تفسير القلق عند " كاتل و شير " CATTEL et SCHEIR .

10-13- نظرية " سبيلبرجر " SPELBERGER للقلق .

11- أبعاد القلق.

12- علاقة الشخصية باضطراب القلق .

13- قياس القلق .

14- علاج القلق .

القلق ANXIETY

مقدمة :

يعد القلق حالة مرتبطة بالوجود الإنساني ، فهو تجربة إنسانية معممة و أحيانا تكون ضرورية على شكل منبه لمختلف الأخطار التي تحيط بنا ، فهو إستجابة تكيفية و ضرورية يمكن الفرد من توقع الأحداث و مجابهتها أو تفاديها .

و لكن بينما يشعر معظم الناس بالقلق لبعض الوقت ، فان بعض الناس يشعرون بالقلق لمعظم الوقت ، و لهؤلاء لا يكون القلق إستجابة تكيفية ، فالناس يختلفون بالإستجابات للحالات التي تؤدي إلى القلق ، و هذا يعني أننا نختلف في خبرتنا بالقلق من حيث الدرجة لا من حيث النوع ، كما أننا نتفاوت في قدرتنا على تحمل ذلك أو الإستجابة الإيجابية نحوه ، فالبعض قد يزيد القلق من فعاليته و إنتاجيته و بعضنا قد يؤثر القلق في سلوكه و حالاته الوجدانية ، فهو حالة مزعجة و مكدرة و تجاب التوتر و لكن لسي التوتر هو كل كيفية القلق ، و ليس كل توتر يمكن أن يسمى قلقا ، فهناك حالات وجدانية أخرى مثل الألم و الحزن لها كيفية التوتر و الكدر ، و لذلك يجب أن يكون للقلق خصائص أخرى مميزة إلى جانب هذه الكيفية .

1- لمحة تاريخية عن مفهوم القلق ANXIETY :

يعتبر القلق أحد المشاعر الأساسية في تكوين النفس الإنسانية ، كالإحساس بالخطر و عدم الإطمئنان و يرافق هذا الإحساس الداخلي أعراض جسمية متعددة ترتبط بتكوين الجسم من الناحية الكميائية و العضوية . و يرتبط تاريخ القلق بالفرد من بدايته الأولى ، و لكن هذا الشعور تعرض للعديد من التغيرات النوعية التي إرتبطت بصورة مباشرة بالتصورات التي حققها العقل البشري ، فالإنسان البدائي كان مضطرا لمواجهة مصاعب الحياة كي يضمن بقاءه . أما الإنسان المعاصر فانه لا يحتاج إلى مثل تلك المواجهات لضمان إستمراريته ، لكنه يخضع إلى ضغوطات جديدة تؤدي به إلى حالات من القلق المستمر . فالقلق إذن ليس مفهوما جديدا ، و إنما تمتد جذوره إلى البدايات الأولى للفكر الإنساني و يؤكد ذلك **كريتزك** KRITZEK 1956 ، أن مفهوم القلق

موجود في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة ، كذلك في العصور الوسطى عند الفيلسوف العربي إبن حزم الذي أكد على وجود القلق كشرط أساسي للوجود الإنساني . و نجد أيضا أن مصطلح القلق في اللغة العربية لم يكن من قبل بل وجدت كلمة القلق حديثة نسبيا ، و نجد من التعبيرات التي تصف هذا الشعور بشكل تقريبي ، مثل الخوف و الوجد و عدم الإطمئنان و الترقب و الحذر ، و غير ذلك من التعبيرات المستعملة مثل العصبية و النرفزة و قلة الصبر و التوتر و إنشغال البال ....

أما في أوروبا فقد إقترح الطبيب CULLER في القرن الثامن عشر مصطلح العصاب NEUROSIS على أعراض القلق و الإضطرابات الجسمية و إضطرابات التفكك Dissaciative disorders و قد رأى " **كولن** " أن العصاب إضطراب عضوي سببه خلل عام في الجهاز العصبي يؤدي إلى تصرفات عصبية شاذة .

و مع بداية القرن العشرين ، أخذت وجهة النظر الطبية العضوية بخصوص العصاب تتغير تدريجيا لتحل محلها نظرة " فرويد " النفسية العضوية ، و لقد أبقى فرويد على المصطلح و لكنه غير من تفسيره ، حيث نظر إلى العصاب على أنه ليس ناتجا عن أسباب عضوية ، بل عن شيء نفسي هو القلق ، فعندما ما تهدد الذكريات و الرغبات المكبوتة بالظهور من مستوى اللاشعور إلى مستوى الشعور ، فان القلق يحصل ليكون " إشارة إنذار " إلى الأنا . و ما السلوك العصابي إلا تعبير عن القلق أو دفاع ضده .

** و لقد تم قبول هذه النظرية بشكل واسع ، و إعتمدت أساسا في تصنيف العصاب في معظم تصانيف الطب النفسي ، إذ إعتمد التصنيف الطبي الأمريكي بصورته الثانية **(** DSM –II) كتصنيف مرضي و عرف بأن : القلق هو الخاصية الأساسية التي تميز العصاب ، و قد تم التعبير عنه بشكل مباشر عن طريق الحيل الدفاعية النفسية بهذا المعنى يكون قد إعتمد على وجهة نظر " فرويد " .

كما أن التصنيف البريطاني للأمراض بصورته الثامنة (ICD .8) فميز بين ثلاثة أصناف من الإضطرابات العقلية : الذهان ، العصاب و التخلف العقلي . و إعتمد في التفريق بين الشخص العصابي و الشخص الذهاني على عامل أساسي هو وجود القلق .

فالمصاب بالذهان يعاني إضطرابات نفسية حادة ، تقطع صلته بالعالم الخارجي ، في حين يبقى الفرد العصابي مدركا لحالته و عالمه ، غير أنه يعاني من التوتر و عدم الإرتياح و يشعر بالأسى لأنه بعيد عن الحياة التي يرغب فيها .

و لقد ظهر بعدها إتجاه معارض لوجهة النظر هذه ، أي العصاب كمصطلح و كمفهوم ، و خاصة لدى السلوكيين ، و كان النقد الأساسي الموجه هو أن القلق يمكن ملاحظته في حالات قليلة جدا بين أؤلئك الذين يطلق عليهم أنهم مصابون " بالعصاب " كما أنه قائم على أساس الإستدلال و ليس على حقيقة تمت ملاحظتها و لهذا وجود عدد من علماء النفس و من بينهم **كراسناره** CRASNER ، **أولمن** ULLMAN **(**1975)، أن النظام التصنيفي الثابت يجب أن يكون قائما على الإستدلال أو الإستنتاج ما دام هذا الإستنتاج يمكن أن يختلف من منظور إلى آخر . و بالتالي فان القلق غير مقتصر على الأشخاص الذين نسميهم " عصبيون " بل يحس به الأشخاص العاديين و المصابون بالذهان و المكتئبون و المنحرفون جنسيا (1969**)** , NATHAN ، و هذه الشمولية تجعل من الصعب إستعمال معيار تشخيصي للقلق ، فان كان الجميع يحس به فكيف نميز بين العصابي و الغير عصابي .

و في ظل هذه الإختلافات قامت جميعية الطب النفسي الأمريكية بمراجعة تصنيفها بصورته الثانية **(** DSM.II) . و أصدرت في الثمانينات تصنيفا جديدا للأمراض بصورته الثالثة (DSM.III) وتم تغيير مصطلح العصاب NEUROSE من الصورةالثانيةوتم إستبداله بمصطلح إضطرابات القلق ANXIETY SIORDERS .

إن هذا التغيير له جوانبه التطبيقية المهمة في ميدان الطب النفسي و هذا الإنتقال في المفاهيم يعتبر تغيير كبير من الناحية النظرية ، " فالعصاب " مصطلح فرويدي قائم على نظرية التحليل النفسي و النظرية النفسية الدينامية . أما مصطلح إضطراب القلق ، فانه يحرر نفسه من المحددات التي كانت مفروضة نظريا و تقليديا على مصطلح " العصاب " .

و لكي يتضح هذا التغيير نقوم بوضع التصنيف الأمريكي بصورته الثانية الصادر في (1968) و الخاص بتصنيف العصاب ، و قد ورد كمحور راجع في التصنيف و شمل الأنماط الآتية :

1- عصاب القلق .

2- العصاب الهستيري .

3- عصاب المخاوف (الفوبيا) أو الرهاب .

4- عصاب الوسواس – القسري - .

5- العصاب الإكتئابي .

6- عصاب الوهن العصبي (النوراشينيا) أي الشكوة من التعب) .

7- عصاب تجريد الشخصية (أي شعور الفرد باللاواقعية و بالإغتراب من الذات و الجسم و المحيط) .

8- عصاب المراق (الهايبوندريا) (أي إنشغال الفرد بأعمال ووظائف جسمه و تفرغه لأي إضطراب عضوي بشكل وسواسي) .

أما في الصورة الثالثة من التصنيف (DSM.III) الذي صدر 1980 ، فقد تم تغيير مصطلح " العصاب " و حل محله مصطلح " إضطرابات القلق " و حدد على الأنماط التالية :

أ- إضطرابات المخاوف الشادة (الفوبيا) أو الرهاب .

ب- حالات القلق : إضطرابات الفزع ، إضطرابات القلق العام و إضطراب الوسواس القهري .

ج- إضطراب الإجهاد (stress) لما بعد حالات الأذى الجسمي .

فيما يضف آخرون " إضطرابات القلق " كالآتي :

1- إضطراب الرهاب " الفوبيا " .

2- إضطراب الفزع PANIC .

3- إضطراب الوسواس – القسري - .

4- إضطراب القلق العام .

5- إضطراب القلق النمودجي (MAHONEY , 1980) .

أما الصورة الرابعة للتصنيف DSM التي صدرت سنة 1994 فقد صنفت إضطرابات القلق إلى 11 نوعا منها : الفزع ، الرهاب ، الوسواس القهري ، الرهاب الإجتماعي ، ضغوط ما بعد الشدة ، و إضطراب الضغط الحاد .

و نظرا لكون القلق ظاهرة قائمة أطلق على هذا العصر عصر القلق و أصبحت منيرة لدى الإنسان الذي يعاني من العوامل النفسية المؤثرة في حياته اليومية و مطالبه الإجتماعية ، فالمجتمعات العصرية أصبحت تعرف إنتشار الأمراض النفسية كالقلق و الإكتئاب و الوسواس ، و الإضطرابات العصابية و الإضطرابات الذهانية و النفسية عموما ، فالصحة النفسية ترتبط بدرجة ما يعانيه الفرد من مشاعر القلق .

فمفهوم القلق عرف إنتشارا من خلال العديد من الدراسات و قد أوضح (**نايزوندر** NEICHS WOMDER) أنه منذ 1950 و حتى التسعينات أنه تم إنجاز 2700 دراسة عن القلق ، و إستخدمت فيه أكثر من 120 طريقة مختلفة لتحديده و قياسه .

2- تعريف القلق ANXIETY :

يعرف القلق على أنه حالة إنفعالية مركبة غير سارة تمثل إئتلافا أو مزيجا من مشاعر الخوف المستمر و الفزع و الرعب و الإنقباض و الهم نتيجة توقع وشيك الحدوث ، أو الإحساس بالخطر و التهديد من شيء مبهم غامض يعجز المرء عن تبنيه أو تحديده على نحو موضوعي .

و قد يكون مبعث هذا الخطر أو التهديد الذي يؤدي بالفرد إلى القلق داخليا ، كالصراعات أو الأفكار المؤلمة ، أو خارجيا كالخشية من شرور مرتقبة ككارثة طبيعية ؛ أو وجود عائق خارجي يؤدي إلى الإحباط . **أمين القريطي . (1988)** .

و يعرفه **جرنكر و روبنز** GUERANKER et ROBINS " على أن القلق خبرة عميقة من الخوف و التوجس يدركها الفرد كشيء ينبعث من داخله و لا يمت بصلة إلى موقف تهديد خارجي واقعي " .

و يضيف أن الكائن الحي الذي يعاني القلق و يستجيب بشكل عميق كما لو يواجه موقفا بين الحياة و الموت ، و ذلك تحت شروط معينة ترتبط بدرجات عادية أو قليلة من الخطر أي أن القلق إستجابة تدل على حالة داخلية ذات معنى للشخص الذي يختبرها و تكون إستجابات القلق بين الخوف البسيط و الرعب الحاد و تتميز هذه الإستجابات بالتوتر و عدم الإستقرار و الإرتعاش و سرعة النبض و كثرة العرق .

و يعرف **إبراهيم إسماعيل(** 2001)، القلق بأنه حالة من الإضطراب و التوتر الشامل يصيب الفرد نتيجة شعوره بالتهديد أو الخوف من أشياء غير محددة أو غير واضحة .

أما **إبراهيم شادلي(** 2001 **)**، و هو حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، و يصاحبها خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية .

و يعرف القلق كذلك بأنه شعور من التوجس و الخوف أو التوتر الذي ربما يرتبط بشيء، أو يكون عاما لا يرتبط بشيء معين ، فالفرد القلق يحمل أفكارا مزعجة حول مخاطرلا يعرف مصدرها ، و عادة ما يكون مزيجا من الأعراض : ضربات من القلب سريعة ، ضيق تنفس ، أرق ، صعوبة في التركيز ، شعور بالتعب ، و توتر . **وود و وود (** 1996), WOOD et WOOD **.**

و يرى **إيزاك م . ماركس** SAAC M . MARKS **(1978)** أن القلق هو إنفعال مكدر مرتبط بالشعور بخطر محدق واضح للمشاهد ، و الخوف شعور مماثل جدا ينشأ كاستجابة طبيعية لخطر أو تهديد واقعين ، و الجبن يشير إلى ميل دائم لإظهار الخوف ، و الذعر يشير إلى الإستثارة الفجائية للرهبة الشديدة ، و حدوث القلق مرتبط بموقف أو بشيئين خاصين .

أما **فرويد** FREUD فيرى أن القلق هو نوع من الإنفعال المؤلم يكتسبه الفرد و يكونه خلال المواقف التي يصادفها ، فهو يختلف عن بقية الإنفعالات غير السارة (كالشعور بالإحباط ، أو الغضب ، أو غيره) لما يسببه من تغيرات جسمية داخلية يحس بها الفرد ، و أخرى خارجية تظهر على ملامحه بوضوح .

3- طبيعة إنفعال القلق :

غالبا ما يصاحب حالات القلق الحاد و المزمن تغيرات فزيزلزجية كارتفاع ضغط الدم ، و إزدياد معدل خفقات القلب و التنفس و العرق الشديد و جفاف الفم ، و إرتعاش الأطراف ، و الشعور بالغثيان و الإختناق .

كما تتجلى مظاهر القلق في الشرود الذهني ، و صعوبة التركيز الإنتباه ، و تدهور القدرة على التفكير الموضوعي ، و السيطرة على العمل ، و الأرق والكوابيس إضافة إلى التوتر العضلي و الإرتجاف مما يؤدي بالفرد إلى الشعور بالإعياء و سوء التوافق .

فالقلق إذن إنفعال مؤلم و محزن ، يسبب الألم و الكرب و المضايقة ، و قد ينظر للقلق على أنه مرض نفسي ، و في الغالب لا يرجع إلى أسباب عضوية أو جسمية ، و إنما يرجع إلى أسباب نفسية و أزمات إجتماعية ، و قد ينظر إليه على أنه حالة تميز شخصا معينا دون غيره من الناس ، و قد يكون القلق له أسباب معروفة ، و قد تكون أسبابه غامضة أو غير معروفة ، و القلق المجهول المصدر يكون أكثر حدة و ألما ، و للقلق عدد من الأعراض تتشابه مع أعراض الخوف ، و قد يأخذ الشعور بالقلق الإنتقال من مثير إلى آخر بحيث يحدث نوع من التعميم لمثيرات القلق و ينتقل من موقف إلى موقف آخر . و لقد جرى التمييز بين القلق و الخوف ، حيث الخوف مفهوم أكثر وضوحا من حيث إمكانية تحديد مصدره ، و قد رأى آخرون أن القلق إستجابة لضغوط داخلية أو خارجية .

4-مكونات القلق :

4-1- مكون إنفعالي EMOTIONAL :

هو مكون وجداني يتمثل في مشاعر الخوف و الفزع و التوجس و التوتر و الهلع الذاتي و الإنزعاج .

4-2- مكون معرفي COGNITIVE :

و يتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على قدرة الشخص على إدراك السليم للموقف و التفكير الموضوعي ، و الإنتباه و التركيز و التذكر و حل المشكلة ، فيستغرق الإنشغال بالذات و الشك في مقدرته على الأداء الجيد ، و الشعور بالعجز و عدم الكفاءة و التفكير في عواقب الفشل ، و الخشية من فقدان التقدير .

4-3- مكون فزيولوجي PHSIOLOGICAL :

و يتمثل فيما على حالة الخوف من إستثارة و تنشيط للجهاز العصبي المستقل أو اللارادي مما يؤدي إلى تغيرات فزيولوجية عديدة منها إرتفاع ضغط الدم و إنقباض الشرايين الدموية ، و زيادة معدل ضربات القلب ، و سرعة التنفس و العرق ، و يذهب بعض الباحثين من أمثال **رويش** RUBUCH , 1963 إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الإنفعالية الأخرى بوجود الأعراض الفزيولوجية .

ويتشابه القلق مع إنفعال الخوف في كثير من الأعراض كما ذكرنا من قبل و يرتبط به ، و يرى بعض الباحثين أن الخوف عبارة عن شعور ينصب على الحاضر حيث يبدو كرد فعل لمثيرات محددة ظاهرة وواقعية ندكرها ، كقدوم سيارة بسرعة فائقة نجونا إذ نخشى أن تصبنا . بينما ينظرون إلى القلق على أنه شعور بهم غامض ، أو خوف مستمر من مجهول ، و أن هذا الشعور ينصب على المستقبل أكثر من الحاضر حيث يتوقع الشخص أن شيئا ما سيئا يهدد أمنة و إستقراره قد يحدث و أن هذا الشيء لا يمكن تفاديه ، كما يعجز عن تحديده تحديدا واضحا .

و يمكن ذكر الفرق بين الخوف و القلق في النقاط التالية :

1) يكون مصدر التهديد في حالة الخوف خارجيا ، بينما يكون مصدر التهديد في حالة القلق داخليا (لاشعوري)

2) يسهل تحديد مصدر الخوف أو موضوعه لوضوحه ، بينما يتعذر تحديد مصدر القلق لغموضه .

3) تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة موضوعه أو مصدره ، بينما تفوق شدة القلق خطورة مصدره لو تمت معرفته .

4) إستجابة الخوف مؤقتة تزول بزوال الموضوع المثير له ، بينما تتسم إستجابة القلق بالدوام و الإستمرارية لإرتباطها بمثيرات أقل تحديدا و أكثر غموضا .

5) غالبا ما يتقدم الصراع في حالة الخوف ، بينما يكون القلق مصحوبا بصراعات نفسية .

و يعد القلق بمثابة القاعدة الأساسية و المحور الدينامي في جميع الإضطرابات النفسية و العقلية و النفسجسمية و الإنحرافات السلوكية فهو الربط بينهم جميعا . و يذكر **الزهران (1997)** . أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الإضطرابات النفسية ، إلا أن حالة القلق قد تتعمم و تصبح هي نفسها إضطرابا نفسيا أساسيا و هذا ما يعرف عصاب القلق أو القلق العصابي أو رد فعل القلق ANXIETY REACTION . **5- مصادر القلق و أسبابه** :

حدد **جيروم و أرنست** JEROME et ERNES , 1986 خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي :

5-1- الأذى أو الضرر الجسدي :

فالعديد من الناس حتى أولئك الذين يحترفون الرياضات الصعبة ، كالسباقات و تسلق الجبال يتملكهم الشعور بالقلق عندما تتهددهم مواقف تنذر بالأذى و تؤدي إلى الضرر الجسدي ، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض و فقدان أحد الأعضاء .

5-2- الرفض و النبذ :

فالخوف من مرض الآخر يجعلنا نقول أنه لن يبادلنا مشاعر المودة و الحب و يجعلنا غير مطمئنين في المواقف الإجتماعية .

5-3- عدم الثقة :

حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب و المواقف و الخبرات الجديدة مصدرا للقلق لا سيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منا أن يفعله .

5-4- التنافر المعرفي :

يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات و الأفكار و المعلومات كل منها مع الآخر ، أو عدم إتساقها مع المعايير الإجتماعية إلى القلق و الشعور بعدم الإرتياح . مثل الطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالإزعاج و التوتر عندما يحصل على درجة في الإمتحان تفيد أنه ليس كذلك .

5-5- الإحباط و الصراع :

فالتوتر و القلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا و دوافعنا و طموحاتنا أم في فض مواقف الصراع التي نطرحها و نناقشها .

إضافة إلى ما سبق نقد أورده **حامد زهران (1997)** ، بعض الأسباب للقلق من بينها :

5-5-1- الإستعداد الوراثي في بعض الحالات .

5-5-2- الإستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) و الإحباطات و الصراعات بين الدوافع و الإتجاهات ، و التوتر النفسي الشديد ، و الخسائر و الأزمات المفاجئة و الصدمات النفسية ، و المخاوف الشديدة قي الطفولة المبكرة ، و مشاعر الذنب و النقص و العجز ، و تعود الكتب و فشله في مواجهة التهديدات و الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة .

5-5-3- مواقف الحياة الضاغطة ، و الضغوط اليومية الناتجة عن التطور و العمران و التغيرات التي تتبعها في متابعة الحياة و البيئة المتغيرة التي تبعث بعوامل الخوف و الحرمان و عدم الأمن . و عوامل أسرية كالطلاق و التفكك الأسري و الإضطراب في العلاقات الإجتماعية .

5-5-4- مشكلات الطفولة و المراهقة و الشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر و خبرته و ذكريات الصراعات في الماضي ، و أساليب المعاملة الوالدية غير السوية ، كالقسوة و التسلط و الحماية الزائدة و الحرمان ، و إضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين .

5-5-5- التعرض للخبرات الحادة الإقتصادية أو العاطفية أو التربوية ، و الخبرات الجنسية الصادمة لا سيما في الطفولة و المواهقة ، الإرهاق الجسمي و التعب و المرض ة ظروف الحرب .

عدم التجانس بين طموحات الفرد و الواقع الذي يقف في وجه تحقيق الأهداف .

6- **أنواع القلق** :

يمكن تصنيف القلق تبعا لأسس مختلفة :

1- **من حيث مدى وعي الفرد به** : ينقسم القلق إلى قلق شعوري يعي الفرد أسبابه و يمكنه من تحديده و التصدي له ، و غالبا ما يزول بزوال تلك الأسباب ، و قلق لاشعوري لا يعي الفرد مبرراته و دواعيه رغم سيطرته على سلوكه .

2- **من حيث تأثيره على مستوى أداء الفرد لواجباته و مهامه** ، و هناك قلق ميسر و منشط للآداء و قلق معرقل و مضعف للأداء .

3- **من حيث درجة شدته** : ينقسم القلق إلى قلق بسيط ، و قلق حاد و قلق مزمن .

4- **من حيث مدى تأثيره على توافق الفرد و صحته النفسية** ، يضف إلى قلق واقعي ، و قلق خلقي أو ضميري ، و قلق عصابي .

و قد ميز " **فرويد** " بين ثلاثة أنواع من القلق هي :

6-1- القلق الموضوعي أو الواقعي :

و هو القلق الناتج عن الواقع أو القلق الناتج عن الموضوع هو خبرة عاطفية مؤلمة ناتجة عن إدراك خطر ما في العالم الخارجي و الخطر هو : أي حالة أو أي أمر في البيئة يهدد الشخص بأذى ما " .

و قد يكون إدراك الخطر و إثارة القلق نظري بمعنى أن الفرد يرث ميلا إلى الخوف عند أشياء معينة في الحياة فمثلا قد يكون الخوف من الظلام فطريا لأنه من تجارب الأجيال السابقة كان التهديد دائما أثناء الليل قبل أن يعرفوا الإضاءة أو يكون متعلما لأن الشخص غالبا ما يتعرض لخبرات تثير الخوف أثناء الليل أكثر من النهار كما أنه من الممكن أن تكون الوراثة و الخبرة متعاونين في إيجاد الخوف من الظلام . فالوراثة تجعل الشخص أكثر إستعدادا للتأثر بالخوف بينما قد تحول الخبرة هذا الإستعداد للتأثر إلى حقيقة واقعة و تكتسب المخاوف أيضا في سنوات الطفولة عندما يكون الطفل عاجز عن مواجهة الأخطار الخارجية لأن " الأنا " عنده لم يتطور إلى الدرجة التي تجعله قادرا على السيطرة و التحكم في المثيرات التي تهيمن عليه و تزيد من حدة القلق .

و قد يشعر الفرد التوتر عندما يقدم على إنجاز عنل جديد لا يدري بالتدقيق الصورة التي ينتمي إليها هذا العمل ، و كيف يرونه الآخرين ، كما هو بالنسبة للتوتر الدافعي المصاحب لعملية الإبداع . و للقلق الموضوعي دور حياة الفرد و الجماعة لما له من وظائف و إيجاد القرارات اللازمة بشأنها ، و يساعد على التحفيز و تحرير الطاقة النفسية لمواجهة المشكلات و تجنب المخاطر .

فبدون هذا القلق لا يتوفر للطالب مستوى الدافعية اللازم لإستنكار دروسه و مراجعتها .

6-2- **القلق العصابي** OBJECTIVE ANXIETY : يتميز بأنه أكثر حدة و شدة و أنه عرض مرضي يعوق التوافق السري و السلوك العادي للفرد كما أن مصدره يكمن في داخل الفرد ذاته (تهديدات الدفاعات الفريزية المكبوتة) و ليس خارجه . لذا فهو لاشعوري أي أن الفرد لا يعني أسبابه و من ثم لا يجد مبررا موضوعيا له و معنى هذا أن القلق العصابي يستشار عن طريق إدراك خطر مصدره الغرائز و هذا القلق هو خوف مما يمكن أن يحدث إذا فشلت مضادات الشحنات عند الأنا في أن تمنع شحنات الموضوعات الفريزية .

إذن فالقلق العصابي ينشأبفعل الكبت و ما يترتب عليه ، فمن خلاله تسعى الهي إلى الإشباع الفوري المطلق للرغبات الفريزية العدوانية و الجنسية التي تتعارض و المعايير الإجتماعية ، و يحاول الأنا تنظيم هذا الإتباع وفقا لما يتماشى مع الواقع و المجتمع ، و بكبت كل ما يتعارض معها من رغبات و نزوات المهددة للفرد في اللاشعور ، و مع إشتداد ضغط هذه المواد المكبوتة و إلحاحها في العودة إلى مستوى الشعور يزداد شعور الأنا بالتهديد و القلق و تزداد مقاومتها ، فتستخدم بعض الحيل الدفاعية كالإسقاط و التبرير إستكمالا لعملية الكبت .

إلا أن هذه الحيل بطبيعتها ناقصة و خادعة لأنها لا تقضي على تلك المواد أو تقضي على أسباب المشكلات و إنما تموه عليها ، لذا فهي لا تمنح الأنا سوى قدر من الراحة المؤقتة و تعود بعدها المواد المكبوتة الضغط و التهديد من جديد فتثير مزيدا من القلق و التوتر ، فيلجأ الأنا ثانية و ثالثة للحيل الدفاعية مما يبطل مفعولها من كثرة إستخدامها ، و مع إزدياد الضغط و القلق تزداد الأنا ضعفا و لا يجد مفرا من الوقوع في الإضطرابات الإنفعالية النفسية ليبدو الموقف أقل تهديدا لها .

*** و يأخذ القلق العصابي حسب " فرويد " ثلاث صور أساسية هي :

1- حالة تخوف هائمة و طليقة أو منتشرة ، تعمم حياة الفرد و لا يستطيع تجنبها ، و تصبح حياتها كلها مركزة حول قلقة ، و يكون نزعة تهدف إلى تبرير مخاوفه

بفكرة مزعومة أو شيء محسس يجعل منه موضوعا للقلق بحيث يعيش تحت توقع حدوث الشر في أي وقت و من أي شيء .

2- حالة تخوف قهرية مبالغ فيها مرتبطة بأفكار أو موضوعات معينة لكنها غير عقلانية كما هو في المخاوف الشادة المرضية و هي مخاوف دائمة لا يمكن للفرد التخاص منها أو السيطرة عليها ، و تبدو إما من أشياء ليست خطرة ، و هذا الخوف المرضي أو الفوبيا phobia و أهم ما يميز هذا الخوف هو أن قوته لا تتناسب مع الخطر الحقيقي الذي ينتج من الشيء موضوع الخوف كأن يخاف الشخص من الحشرات أو الأماكن المرتفعة أو جمع من الناس أو الأماكن المغلقة ، و هذه الأمثلة قليلة لأنواع المخاوف المرضية .

* و تفسر هذه المخاوف المرضية كاستجابة إنفعالية نحو مصدر تهديد داخلي حيث تستمد أصولها من الخبرات الطفولية المخيفة أو المؤلمة ، و الرغبات المخجلة المكبوتة التي يتم التخاص منهل بطريقة لاشعورية و تحويلها إلى موضوعات أخرى نوعية بديلة عن الموضوعات و المصادر الحقيقية للخطر السيكولوجي الذي تثير قلق الفرد ، و إسقاط التهديدات الداخلية الموجودة في الهو على موضوعات و أشياء غير مرغوبة لكنها تصبح في ذاتها تثير الخوف لدى الفرد و ذلك كحل جزئي يساعده على تخفيض شدة التوتر و القلق .

3- إضطراب الذعر و الهلع :

و يبدو في نوبات رعب و فزع و ذعر و فجائية تتملك الفرد لثوان قليلة و قد تمتد لساعات ، حيث يصل قلقة فجأة إلى قوته نتيجة شعوره بالذعر و لا يستطيع أن يتجنبه و يحدث ذلك دون إستشارة موضوعية ظاهرة , **أمين القريطي** 1998 .

6-3- أعراض القلق العصابي :

6-3-1- العراض النفسية :

1- التوتر و الهيجان العصبي :

و يتمثل في الحساسية المفرطة للضوضاء و الضجيج ، و الأضواء ، و التوتر العضلي ، و سرعة الإثارة و التشاؤم أو التوقع الشر و الخطر ، و فقدان التوازن ، و قد يصاب الفرد الإنزعاج الشديد لمجرد سماع طرق على الباب أو سماع جرس التلفون

2- شرود الذهن و ضعف القدرة على التركيز ، و النسيان ، و تراكم الأفكار المزعجة و تزاحمها ، و الصعوبة في تنظيم المعلومات و إستعابها و إستخدامها .

3- فقدان الشهية للطعام و صعوبات النوم ، و الأرق المستمر و الأحلام و الكوابيس المزعجة ، و الشعور بالألم و عدم الإستقرار يؤدي إلى الإرهاق الشديد النفسي و الجسدي .

4- تجنب المواقف الإجتماعية و الميل إلى العزلة ، و تناقض الإهتمامات الترويحية و الإقبال على الحياة ، و عدم الشعور بالأمن و الإستقرار .

6-3-2- **أعراض جسمية** :

يرى **أحمد عكاشة** 1992 أن الأعراض الجسمية للقلق العصابي هي أكثر الأعراض القلق النفسي إنتشارا . حيث إن جميع أعضاء الجسم الداخلية مرتبطة بالجهاز العصبي اللارادي الذي يحركه الهيبوتلاموس المتصل بمراكز الإنفعال ، و قد يؤدي الإنفعال إلى تنبيه هذا الجهاز ، و ظهور أعراض عضوية في الجسم ، كما أن المريض قد يكبت الإنفعال و لا يظهر إلا الأعراض العضوية **(أحمد عكاشة ،** 1992 ، 113) و تتصل هذه الأعراض بعدد من الأجهزة الجسمية الوظيفية و منها :

1- **أعراض مرتبطة بجهاز القلب الدوري** :

آلام عضلية في الناحية اليسرى من الصدر ، فرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب ، إرتفاع ضغط الدم .

2- **أعراض مرتبطة بالجهاز الهضمي** :

فقدان الشهية ، عسر الهضم ، صعوبات الأكل ن الشعور بأوجاع في الحلق و الإنتفاخ ، و أحيانا الغثيان أو الإسهال أو الإمساك ، ألم في المعدة .

3- **أعراض مرتبطة بالجهاز التنفسي** :

ضيق الصدر و عدم القدرة على إستنشاق الهواء و سرعة التنفس .

4- أعراض مرتبطة بالجهاز العضلي و الحركي :

الآلم العضلية في الساقين و الذراعين و الظهر و الرقبة ، و الإعياء و الإنهاك الجسدي ، التوتر و الحركات العصبية الرعشة و الإرتجاف في الصوت .

5- أعراض مرتبطة بالجهاز البولي التناسلي :

كثرة التبول و الإحساس بالحاجة خاصة في الإنفعالات الشديدة و في المواقف الضاغطة .

6- أعراض جلدية :

غالبا ما يكون القلق النفسي عاملا أساسيا في نشأة الكثير من الأمراض الجلدية ، كحب الشباب ، و الأكزيما ...

6-3-3- أعراض نفسية جسدية :

و تتمثل في الأمراض السيكوسوماتيكية أي تلك الأمراض التي يسببها القلق و يلعب دورا في نشأتها أو الزيادة في أعراضها ، كالذبحة الصدرية ، و الربو ، و جلطة الشرايين التاجية ، و روماتيزم المفاصل ، و البول السكري ، و قرحة المعدة و الإثنى عشر ، و القولون العصبي ، و الصداع النفسي ، و فقدان الشهية .

6-3- **القلق الخلقي** MORAL ANXIETY :

يكمن مصدر القلق الخلقي في داخل الفرد وهو الأنا أو الضمير الخلقي الذي تمثله في القوانين و الأعراف الإجتماعية و المثل و الأخلاق ، و يثار لدى الفرد كأحاسيس ألم أو خجل و هو الممثل الداخلي لسلطة الوالدين الذي يهدد بعقاب الشخص إذا قام بشيء أو فكر في أشياء تخالف الأهداف المثالية التي غرسها الوالدان في الشخصية ، فعندما يأتي الفرد بفعل خارج عن الأخلاقيات ينزل الأنا الأعلى عقابه على النفس من خلال إشعاره بالندم و الإثم و الخجل تأنيبا له ما قام به .

هذا النوع من القلق عند حد معين قد يكون ذا طابع تطهيري يساعد الفرد على إستعادة ثقته بنفسه و على مواجهة رغبات الهو ، و إن تجاوز هذا الحد ربما يأخذ شكلا باذاء الذات و تأنيبها بشكل متطرف .

كذلك فان القلق الخلقي يكمن في تركيب الشخصية و كما في القلق العصابي لا يستطيع المصاب أن يتخلص من أحاسيس الألم بالهروب منها فالصراع داخل النفس إنما يعني صراع في تركيب الشخصية و ليس صراع الشخص و العالم الخارجي و الصراع حيث القلق الخلقي ينمو من الخوف الموضوعي من الوالدين و هناك روابط وثيقة بين القلق العصابي و القلق الخلقي إذ الموضوعات المختارة من طرف الهو هي الأعداء الرئيسية (للأنا الأعلى) و هذه الروابط تنتج من تأديب الوالدين الذي يوجه ضد التعبير عن النزاعات الجنسية و العدوانية و نتيجة لهذا كان الضمير هو سلطة الوالدين المتمثل داخليا ؛ مكونا من موانع ضد الإستمتاع الحسي و كذلك ضد العصيان

*** القلق بوصفه دافعا** :

يمكن إعتبار القلق دافعا من الدوافع الهامة التي تساعد على الإنجاز و النجاح و التفوق . و تؤكد نظريات التعلم على أهمية الدافعية في التعلم ، و يعرف الدافع أنه حالة داخلية عند الفرد توجه سلوكه و تؤثر عليه ، و الدافع عامل إنفعالي يعمل على توجيه سلوك الفرد و لذا فانه يسلك عمل معين ، و تتمثل وظيفة القلق فيما يلي :

1- ينشط القلق سلوك الفرد و يحدده في بعض الحلات و ينقل الفرد من حالة السكون إلى الحركة ، حيث ينشأ القلق من عدم الإتزان .

2- القلق عامل توجيهي ، أي يوجه السلوك نحو غرض معين .

3- القلق يعتبر صفة تعزيزية و ذلك بعد إنجاز العمل فان التوازن يعود إلى ما كان عليه و يؤكد " **يركز ، ددسن** " أنه توجد علاقة بين صعوبة العمل و المستوى الأمثل للقلق اللازم لأداء ناجح / و توصل " **يركز، ددسن** " إلى النتائج الآتية :

1- القلق العالي يؤدي إلى تسهيل الأداء في حالة الإتقان التام للأعمال و المهارات .

2- القلق العالي يؤدي إلى تعطيل الأداء في حالة عدم الإتقان للمهارة .

3- يتدهور الأداء للأفراد ذوي القلق العالي في حالة الضغوط المرتفعة و الإثارة العالية .

4- يتحسن الأداء للأفراد ذوي القلق المنخفض في حالة الضغوط المرتفعة و الإستثارة العالية .

5- يتدهور الأداء للأفراد ذوي القلق المنخفض في حالة الضغوط المنخفضة و الإثارة المنخفضة .

6- إذا زادت صعوبة العمل فان المستوى الأمثل للقلق اللازم للأداء الناجح يجب أن يكون منخفضا **. سارنوف و آخرون . (1984)** .

7- توجد علاقة منخفضة بين مستوى الأداء ، و القلق ، ففي مستويات القلق المنخفض يحدث تدهور في الأداء .

في حين أن القلق المتوسط يؤدي إلى تحسن في الأداء ، حيث أن درجات القلق العالية تؤدي إلى تثبيت الإنتباه و قلة التركيز و التورط في الأخطاء بينما درجات القلق المنخفضة تؤدي إلى تدهور في الأداء بسبب التكاسل و فقدان الدافع للانجاز .

و تؤكد دراسات أخرى عن وجود علاقة بين مستوى القلق و مستوى الأداء بحيث يصل مستوى الأداء إلى أقصاه عندما يكون مستوى القلق في مستوى متوسط و يتفق ذلك مع ما ذهب إليه BASAOWITER لمستويات القلق المنخفضة و المتوسطة و العالية .

1- **المستوى المنخفض** :

تحدث حالة التنبيه و تزداد اليقظة و ترتفع لديه الحساسية الأحداث الخارجية ، كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر و يكون الفرد في حالة تحفز و تأهب لمواجهة مصادر الخطر في البيئة التي يعيش فيها ، و لهذا يكون القلق في هذا المستوى إشارة إنذار لخطر وشيك الوقوع .

2- **المستوى المتوسط** :

في هذا المستوى يصبح الفرد أكثر قدرة على السيطرة حيث يزداد السلوك في تلقائيته ، و تسيطر المرونة على تصرفات الفرد في مواقف الحياة و تكون إستجاباته

إيجابية حسب طبيعة الموقف و تزداد قدرة الفرد على الإبتكار ، و يزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك الملائم لمواقف الحياة المتعددة .

3- المستوى العالي :

أما في المستوى العالي للقلق ، فيحدث إنهيار للتنظيم السلوكي للفرد و يحدث إسترجاع لخبرات الفرد في حالة الطفولة و ينخفض التوازن النفسي إلى أدنى درجاته ، فالفرد إذن لم يعد قادرا على التمييز الصحيح بين الأوضاع الخطيرة و الغير خطيرة ، و بالتالي يصبح الفرد عاجزا عن الإستجابة المتوازنة ، و تظهر ذلك في الشخص المصاب بالقلق العصابي من خلال ذهوله ، و تشتت فكره و سرعة تهيجه ، و عشوائية سلوكه .

** و هناك تصنيف آخر للقلق حيث يقسم إلى قلق داخلي المنشأ ENDOCENOS ANXIETY ، و القلق الخارجي المنشأ أو المستثار EXOGENOUS ANXIETY ، و نذكرهما فيما يلي :

يرى أغلب الأفراد أن خبرات القلق تشبه كل الخبرات التي يمر بها الأفراد في حياتهم اليومي و أن الحالات المتطرفة للقلق إنما هي تضخيم للقلق السوي و عليه يمكن أن نقول أن للقلق نوعين هما :

6-4- قلق خارجي المنشأ EXOGENOUS ANXIETY :

هذا النوع يصيب الأفراد في الأحوال الطبيعية كرد فعل على الضغط النفسي أو الخطر عندما يستطيع أن يميز بوضوح شيئا يتهدد أمنه و سلامته ، كأن تفشل كوابح السيارة ، فهو عندئذ يشعر بالإضطراب و الإرتجاف فيجف ريقه ، و تعرق يداه و جبهته و تزيد نبضات القلب و يشتد توتره ، و أغلب الناس أحسوا بهذه المشاعر في أوقات الخطر أو الضغط .

و نسمي هذا القلق الذي هو إستجابة سوية للضغط من خارج الفرد بالقلق المستثار لأنه ينشأ من الخارج فالفرد يستطيع أن يميز مصدرا مقبولا و يبرر هذا النوع من القلق عند حدوثه .

6-5- قلق داخلي المنشأ ENDOGENOUS ANXIETY :

هذا النوع من القلق يسمى داخلي المنشأ و هذا ما نجده كمرض و هناك إتجاه يرى أن المصابين به لهم إستعداد وراثي له و هو يبدأ عادة بنوبات من القلق تصيب فجأة دون إنذار أو سبب ظاهر . و أحيانا يقع خلل في أعظاء مختلفة من الجسم حيث تزيد دقات القلب أو يحس بالإختناق و الدوار و تظهر هذه الأعراض فجأة بدون ضغوط و اضحة ، و كلمة ENDOGENOUS تعني صادرة أو ناتجة من الداخل أي أن المشكلة ناتجة من مصدر داخل جسم الفرد . بدلا من صدورها كاستجابة لموقف خارج الإنسان ، و قد تم إختبار ذلك بأن الشخص المصاب يشعر أثناء نوبات الوعي كلها أو بعضها أن الهلع يفروخ من داخل جسمه .

** كما يضف إضطراب القلق إلى أمراض لدى الراشدين ز نذكرها فيما يلي :

7-1- **إضطراب الهلع** PANIC DISORDER :

يتعرض الشخص لهذا الإضطراب إلى نوبات غير متوقعة من الخوف الشديد و الذعر مرة كل أسبوع و تكون هذه النوبة شديدة تتبعها فترة هدوء يتوقع الفرد المصاب خلالها أن تصيبه نوبة في أي وقت ، و يظهر الفرد المصاب على الأقل أربعة أعراض من الأعراض التالية كحد أدنى :

- ضيق التنفس ، سرعة ضربات القلب ، التعرق ، الدوخة أو دوران الرأس ، الغثيان و آلام المعدة ، فقدان الآنية (**إختلال الأنا**) الخوف من الموت ،الخوف من الجنون و البردة أو الخوف من عدم القدرة على الإستبصار و التحكم في السلوك ، إرتجاف و رعشة (مأخودة من دليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1982 **) ،** هذه الأعراض تحدث فجأة أو خلال 10 دقائق من بداية ظهور أو عرض .

- إن نوبة الهلع خبرة مزعجة و شديدة ، و عادة ما تدوم بضعة دقائق أو فترة أطول من إضطرابات سلوكية و عضوية و معرفية و يصيب الشخص هذه الأعراض منفردة أو مجتمعة و قد تتطور إلى أحد أشكال القلق النموذجية (العصاب) كالخوف المرضي ، و الإكتئاب أو حتى إلى الإدمان على الكحول و العقاقير . و تحدث التغيرات العضوية في نوبة الهلع و التي تتضمن إضطرابات التنفس و ضربات القلب و التعرق و الخلل

الهرموني ، على شكل موجة منتشرة من التنبيه و التيقظ السمبثاوي للجهاز العصبي المستقل . أما من الناحية المعرفية فيشعر الشخص بفقدان قدرته على الضبط و التحكم ، إضافة إلى التفكير بالموت ، أو توقع الجنون ، أما سلوكيا ، فيظهر على الشخص المصاب سلوكيا إندفاعيا للبحث عن الأمن و السلامة أو البحث عن مكان مناسب أو شخصي يقدم له المساعدة . و تحدث أعراض الذعر المرضية لأول مرة في مرحلة المراهقة و بداية مرحلة النضج و يمكن أن تبدأ أيضا في مرحلة الطفولة .

و من الملاحظ أن عدد النساء اللاتي يعانين من هذه الحالة ضعف عدد الرجال ، و أن نسبة 1 ٪ إلى 2 ٪ من الأفراد يعانون سنويا من هذا العرض المرضي و الذين يخبرون هذا الإضطراب غالبا ما يتطور خوفهم باتجاه الخوف من الأماكن المفتوحة ، و كانوا قد عانوا في طفولتهم من قلق الإنفصال ، و من الخوف المرضي في المدرسة (**جيكمان و كلاين** 1984) ، و عادة ما يحدث هذا الإضطراب بعد حدث هام في حياة المصاب ، كفقدان أحد أفراد العائلة ، أو تهديد بالإنفصال و الطلاق ، أو ترك العمل ، أو حادثة مرضية **(روي ، جيراسي و أود** 1986) .

7-2- الرهاب (الخوف المرضي أو العصابي) PHOBIA :

هناك ثلاث فئات رئيسية للخوف : الرهاب البسيط ، الرهاب الإجتماعي ، و رهاب الساح (الأماكن المفتوحة) .

7-2-1- الرهاب البسيط simple phobia :

هو الخوف العادي و الحاجة لتجنب مثيرات و موضوعات تهدد الفرد و تشكل خطرا عليه (أفعى ، كلاب .....) الخوف من ركوب الطائرة أو سقوطها أو تحطمها ، و الخوف من العواصف أوأن يصعق المرء بالبرق .

و الأشخاص الذين يعانون من الرهاب الخاص يعرفون بأن خوفهم مبالغ فيه ، و لكنهن لا يستطيعون التغلب على مشاعرهم بينما يخاف الأطفال عادة من مواقف أو أشياء معينة ، فان تشخيص اللرهاب يتم فقط عندما يصبح هذا الخوف حائلا دون القيام بالنشاطات اليومية مثل الذهاب للمدرسة أو العمل أو الحياة المنزلية .

7-2-2- الرهاب الإجتماعي Social phobia :

و يتميز الرهاب الإجتماعي بالقلق الشديد و الإحساس بعدم الإرتياح المرتبط بالخوف من الإحراج أو التحقير من طرف الآخرين في مواقف تتطلب الإستجابة المتوازنة ، و من الأمثلة على المواقف التي تثير الرهاب الإجتماعي مقابلة الناس و القيام بخطاب أمام جمع من الأشخاص و التعامل مع شخصيات في الحكم و الأكل في أماكن عامة أو إستخدام الحمامات العمومية ، و معظم المصابين به يحاولون تجنب المواقف التي تثير الخوف أو يتحملون هذه المواقف و هم يشعرون بالضغط العصبي الشديد . و يتم تشخيص هذا الإضطراب إذا كان الخوف أو التجنب يتدخلان بشكل كبير في الحياة اليومية للشخص أو إذا أصبح الرهاب يضايق المريض بشدة ، و عليه فان الشخص الذي يخاف مثلا من الخطابة العامة سوف تشخص حالته على أنها حالة رهاب إجتماعي إذا كان الخوف يعيقه عن الحركة و العمل .

7-2-3- الخوف من الأماكن الضيقة أو الواسعة AGROPHOBIA :

و هو الخوف من التعرض لنوبة ذعر في مكان أو موقف يكون الهروب منه صعبا أو محرجا ، و يصبح القلق من التعرض لهذه الأماكن قويا جدا إلى درجة أنه يولد نوبة ذعر حادة ، و عادة ما يتجنب الأشخاص المصابين بهذا النوه من الرهاب التعرض للمواقف التي تسبب رعبهم ، و يختلف هذا النوع من الخوف عن الرهاب الإجتماعي الذي ينحصر في المواقف الإجتماعية ، بأن الخوف يحدث في مواقف معينة مثل أن يكون المرء وحيدا خارج منزله أوأن يكون المرء داخل إزدحام ، أو أثناء السفر في سيارة أو حينما يكون المرء داخل المصعد ، و إذا لم تتم معالجة هذا النوع من الرهاب ، فانه يمكن أن يصبح منعزلا و يلتزم البيت و لا يخرج منه .

7-3- الوساوس المتسلطة و الأفعال القهرية Obsession and compulsion :

الوساوس هي أفكار غير منطقية تحدث بشكل متكرر و تسبب الكثير من القلق و لكن لا يمكن التحكم بها عبر التفكير بأفكار منطقية . و تشمل الوساوس القهرية الإهتمام

الشديد بالأوساخ و الجراثيم و الشكوك المتكررة (على سبيل المثال في كون المرء قد أغلق الفرن أم لا) . و الأفكار عن العنف أو إيذاء الآخرين ، و الحاجة لأن تكون الأشياء موضوعة في نظام معين . و على الرغم من أن الأشخاص المصابين بهذه الوساوس يدركون أن أفكارهم غير معقولة و لا تتعلق بمشكلات الحياة الحقيقية ، إلا أن هذه المعرفة ليست كافية لجعل الأفكار الغير مرغوب فيها تذهب .

و على العكس من ذلك ، فأثناء محاولة التخلص من الأفكار الوسواسية ، فان الأشخاص المصابين بمرض الوسواس القهري يقومون بأعمال قهرية أو طقوس أو تصرفات متكررة لتقليل قلتهم ، و من أمثال الأعمال القهرية غسل الأيدي المتكرر و تفقد الباب و إعادة تفقده مرارا للتأكد من إغلاقه ، لتهدئة الشكوك و تجنب الخطر ، و إتباع قواعد صارمة من النظام كوضع الملابس في نفس الترتيب كل يوم ، و يمكن أن تصبح الأعمال القهرية مزعجة لنظام الحياة اليومية .و عادة ما تبدأ الوساوس القهرية في مرحلة الموراهقة و بداية الرشد و يمكن أن يصاحب الوسواس القهري اعراض القلق المرضي الأخرى كالإكتئاب و مشكلات تناول الطعام أو الإدمان .

7-4- إضطراب العصاب (الشدة النفسية) بعد الصدمة posttraumatic stress disorder :

** يحدث هذا العرض المرضي للأشخاص الذين عاشوا تجربة جسدية أو عاطفية أو موقفا خطيرا مهددا له ، و يشعر الشخص الذي يعاني من عرض الضغط العصبي بعد الإصابات و التجارب المؤلمة ، من محنة تعرضهم الأحلام مزعجة متكررة أو ذكريات حوا الحادثة ، أو الإحساس بعودة الألم الشديد العاطفي و العقلي و البدني عندما يتعرضون لمواقف تذكرهم بالحوادث المؤلمة ، كذلك الأعراض تشمل الإحساس بالتنميل أو بانفصال المرء عن الآخرين و صعوبة النوم و الإحساس بالقلق و الحذر و الإكتئاب ، و من أمثلة الحوادث التي قد تنتج عنها عرض الضغط العصبي بعد الإصابات و التجارب المؤلمة ، التعرض لحوادث القتال و الإعتداء مثل الإغتصاب و السرقة و الكوارث الطبيعية و الحريق و التعرض للأذى في الطفولة ...

7-5- القلق العام أو الطافي generalzed Anxiety :

يتصف هذا المرض بالقلق المستمر و المبالغ فيه و الضغط العصبي حيث يصبح المصاب به غير قادر على الإسترخاء و يتعب بسهولة و يصبح من السهل إثارة أعصابهم و يجدون صعوبة في التركيز و يشعر أغلب المصابون به كذلك بالأرق و الشدة في العضلات و الإرتعاش و الإنهاك و الصداع .

و يختلف مرض القلق العام عن أنواع القلق الأخرى في أن الأشخاص المصابين بهذه الأعراض يتجنبون مواقف بعينها ، و لكن كما هو الحال في أعراض القلق الأخرى ، فان مرض القلق العام يكون مصحوبا بالإكتئاب و الإدمان ، و يبدأ المرض في الطفولة أو المراهقة . و يحدث هذا المرض عادة عند النساء أكثر من الرجال و يبدو أنه منتشر في عائلات بأكملها .

و يصيب هذا المرض من 2-4 ٪ من الفراد سنويا . **جمال أبو العزائم .** 2002

7-6- إضطراب التوافق المرافق بالمزاج القلق Ajustement disorder with anxiees moud

و يشمل هذا الإضطراب عددا من المرضى الذين أصابتهم حالات من القلق في فترة سابقة من حياتهم المهنية أو الأسرية أو علاقتهم الشخصية و الإجتماعية و أعراضها ، غالبا ما تكون محدودة بفترة زمنية معينة ، و لكنها قد تكون شديدة أو تتطلب تدخلا علاجيا .

7-7- أمراض القلق و أمراض طبية و نفسية أخرى :

ربما تدل أعراض القلق الحاد على مرض القلق العصابي ، و لكنها قد تكون مرافقة بأعراض طبية و نفسية أخرى و خاصة إضطراب المزاج و الذهانات أو الإدمان ، و تشير دراسات إلى أن ربع المرضى المصابين بالإكتئاب قد أصابتهم نوبة الهاع و القلق المعمم .

إن القلق العائم كثيرا ما يرتبط في مرحلته الأولى بأعراض الإكتئاب و الذهانات الإنفعالية و حالات الإنطوائية و الإنسحاب .

7-8- أمراض القلق في مرحلة الطفولة و المراهقة :

يعرض الدليل التشخيصي و الإحصائي الثالث (DSM III) للأمراض النفسية ، أمراض القلق عند الأطفال و المراهقين ، حيث تأخذ بدايتها شكل القلق بأعراضه المتنوعة ، و هذه الإضطرابات هي : قلق الإنفصال ، و إضطراب التجنب ، و أمراض القلق المفرط . في النوعين الأولين ، يتركز القلق على مواقف معينة ، بينما الثالث ، القلق المفرط يعمم على مواقف متنوعة .

* كذلك هناك أنواع أخرى من القلق نذكرها فيما يلي :

7-9- **القلق التلقائي** Automatic Anxiety :

و هو الذي يستثار تلقائيا عندما لا يجد تصريفا لطاقته ، أو عندما تنبه مشاعره و أحاسيسه فلا يستطيع السيطرة عليها و دفعها .

7-10- **قلق الإكتئاب** Depressive Anxiety :

و يصيب هذا النوع من القلق المرضى بالإكتئاب ، و قلقهم هو خوف من الأنا و ما يصيبه من تدمير حيث تموت بموته كل الموضوعات المحبوبة ، و ليست إستجابة القلق عند المكتئب إلا محاولة يائسة منه لإنقاذ الأنا و كل الموضوعات المحبوبة الخارجية و الداخلية ، و إذا كان للاكتئاب قلق مرتبط به فان المصاب بمرض الهستيريا يعاني أيضا من القلق لأنه يختلف عن سابقه ، و يسمى هذا النوع بالقلق الهستيري ، فهو يرتبط بموضوعات معينة ينسب إليه المريض قلقه .

7-11- **قلق الموت** :

هو نوع من أنواع القلق الهام فالأفراد المهيئون بحكم تكوينهم الإنفعالي للقلق بصفة عامة هم أشد الأفراد إحساسا بقلق الموت ، و هذا يرجع إلى العلاقة الموجبة بين القلق العام و قلق الموت .

فالقلق العام يمتد ليشمل مجموعة من الأعراض كالشعور بالضيق و التوتر ، و نوبات الهاع ، و توقع الشر ، و يصاحب ذلك مجموعة من الأعراض العضوية : كالشعور بنوبات الدوار ، و إختلال التوازن ، و صعوبات التنفس ، و الإضطرابات القلبية

. و ينتاب الفرد المصاب بقلق الموت الشعور بالهواجس السوداوية ، و الأفكار القهرية ، و الوساوس بأن الموت يتربص به في كل مكان ينتقل إليه ، و خلال أي نشاط يقوم به ، و يحصل في أي لحظة و يسيطر عليه الخوف العميق .

لذاك تصبح العلاقة بين القلق العام ، و قلق الموت علاقة خطية تلازمية ، على الرغم من تعدد قياس قلق الموت ، إذ يمكن قياسه بالمقابلة الشخصية ، و الطرق الإسقاطية و الوسائل الفيزيولوجية و الإختبارات .

8- مراحل المرض :

8-1- مرحلة النوبات :

يبدأ المرض غالبا بنوبات قصيرة من الأعراض تحدث فجأة و من دون إنذار أو سبب ظاهر و هذا ما يفرق بين المرض و الخبرات الإنفعالية الأخرى التي هي أوسع إنتشارا . بل و قد تحدث هذه الأعراض كثيرا من غير أن يصاحبها القلق النفسي أو الهلع و المصابون يشعرون كأن واحد من أعضاء الجسم قد فقد سيطرته على ذاته . و يمكن للنوبات في هذه المرحلة أن تتخذا صورا كثيرة . منها : خفة الدماغ ، الإغماء أو نوبات الدوار .

8-2- فقدان التوازن :

كذلك قد يحس بعض المرضى بأن أجسامهم تميل إلى جانب واحد و يشعرون عندئذ بالحاجة إلى تعريض هذا الإحساس بالبرج المائل و هم يعرفون بطريقة موضوعية أنهم لن ينقلبوا .

8-3- خفقان القلب :

يصيب الخفقان الغالبية من المصابين بمرض القلق و يعني الخفقان إحساس الفرد بدربات قلبه ، و يشار إلى الضربات الزائدة بأنها إنقباضات قبل الأوان و هو عرض مقلق يبدو في ضربة زائدة . و تصنف كذلك بأنها صدمة خفيفة في الصدر . و كثيرا ما يقرر القلب الزيادة فجأة أو يسارع و يزيد في ضرباته بسرعة .

كذلك وجود آلام على الصدر و الشعور بالضغط عليه .

8-4- التنميل على أعضاء الجسم :

تنتشر أحاسيس التنميل في أجزاء من الجسم متفرقة . و تقع هذه الأحاسيس عادة في الذراعين و اليدين و القدمين أو حول الوجه و الفم .

كذلك تصاحب أعراض الحرارة و الإسهال .

8-5- الصداع و ما يصاحبه من آلام :

إن النوبات المتكررة من الصداع المزمن تصيب 86 ٪ من مرضى القلق ، و الصداع يكون أعنف و أثبت من الصداع العادي الذي يطرأ عند التوتر و الآلام لا يقتصر على الرأس فقط و إنما ينتشر في سائر أنحاء الجسم

8-6- الأفكار التسلطية و الأفكار القهرية :

الأفكار التسلطية معناها نزاعات أو كلمات أو أفكار متكررة غير مرغوب فيها ، تقتحم نفسها على الذهن و يكون التخاص منها عسيرا . و تكون هذه الأفكار عدوانية متعلقة بدوافع يصعب التحكم فيها .

8-7- إستغراب الواقع و تفكك الشخصية :

إستغراب الواقع معناه أن الأشياء من حولك تصبح غريبة غير حقيقية منفصلة عنك و يرتبط تفكك الشخصية باستغراب الواقع و يشير إلى الإحساس بنفسك خارج جسمك أو منفصلة و تؤدي خبرات إستغراب الواقع و تفكك الشخصية أن تؤدي إلى شيء من الخوف القليل عادة .

8-9- الهلع :

نوبات الهلع و التلقائية هي نوبات عديدة من أعراض مختلفة تحدث مرة واحدة ، و تكون شدتها غالبا أعظم في النوبات المتفرقة ، و هناك فزع عقلي شديد يصاحب الإحساس البدني بعدم القدرة على التحكم في الجسم .

8-10- توهم المرض :

مرحلة توهم المرض فهي مرحلة من بضع مراحل تصيب الأشخاص بمرض القلق ، إن هذا السلوك من توهم المرض قد يعكس دافعا يائسا للخائفين من الأفراد تدعوهم إلى حماية أنفسهم من الرعب الذي لا يمكنهم تحديده أو فهمه .

8-11- المخاوف المرضية المحدودة :

المخاوف المرضية الأولى التي تظهر عند أغلب المرضى متنوعة فبعضهم يخشى الرطوبة و الحرارة ، بينما يخشى الآخرون الثلج و المطر أو الأماكن المفتوحة و الأماكن المغلقة ، و السبب في هذا النوع يعتمد عادة على المكان الذي إتفق فيه المريض حين بدأت أول نوبة شديدة مفاجئة من الهلع ، والنتيجة أن يصبح القلق متعلقا بالمواقف أو الأشياء عن طريق الإرتباط معها .

8-12- المراحل المرضية الإجتماعية :

إن المزيد من المخاوف المرضية يتم إكتسابها كلما زادت المواقف التي تحدث فيها نوبات الهلع تلقائية ، و يتعلم الضحايا أن يربطوا بين النوبات و أنواع أكثر من المواقف ، و يحاولون تجنب الفزع و النوبات و تجدهم يتجنبون كل المواقف المرتبطة بها .

9- أعراض القلق :

يمكن تصنيف أعراض القلق باختصار حسب " **دافيد شيهان** " كالآتي :

9-1- الأعراض البدنية :

- سرعة في دربات القلب .
- نوبات من الإغماء .
- تنميل اليدين أو الذراعين أو القدمين .

- إضطراب المعدة .
- الشعور بألم في الصدر .
- فقد السيطرة على الذات .
- نوبات العرق .
- سرعة النبض أثناء الراحة .
- الأحلام المزعجة .
- التوتر العالي .

9-2- **الأعراض النفسية** :

- نوبة من الهلع التلقائي .
- الإكتئاب و ضعف الأعصاب .
- الإنفعال العالي .
- عدم القدرة على الإدراك و التمييز .
- إختلاط التفكير و زيادة الميل إلى العدوان . **دافيد شيهان** 1998 .

10- **نظريات القلق** :

10-1- **نظرية فرويد** FREUD **للقلق** :

فسر أصحاب النظريات النفسية القلق تفسيرات مختلفة أرجعوها إلى عدة عوامل مرتبطة بالجهاز النفسي ، و من ضمنهم تفسيرات فرويد للقلق حيث أرجع القلق اللاشعوري إلى التهديدات التي تنذر بالخطر من كل من الهو و المواد المكبوتة ، فهي تبحث عن إشباع رغباتها الجنسية و العدوانية و ما تقوم به الأنا بمنعه و كبته من مواد محظورة يتراكم و يتفاعل و يضغط محاولا التغلب على دفاعاتها و الظهور إلى حيز الشعور . و كلما تزايدت هذه التهديدات تزايد شعور الفرد بالخطر و من ثم القلق الذي يعمل حينئذ بمثابة إنذار بالنسبة للأنا بأن الخطر سيقع .

و حاول " **فرويد** " أن يفهم معنى القلق العصابي حيث لاحظ فرويد وجود علاقة وثيقة بين القلق قبين الحرمان الجنسي و حيث لاحظ أن جميع مرضاه الذين يشكون

من القلق يشكون أيضا من الحرمان الجنسي أو من وجود عوائق تمنع من تفريغ الطاقة الجنسية و إشباع الرغبة الجنسية . و يتساءل فرويد لماذا يظهر القلق في جميع هذه الحالات التي يعاق فيها الإشباع الجنسي ، و هو يجيب بأنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من إتخاد طريقها الطبيعي إلى التفريغ و الإشباع فان الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي و هي " **الليبدو** " تتحول إلى قلق .

و لاحظ فرويد كذلك ظهور الأمراض الهستيرية و أن المرضى المصابين به لا يستطيعون إظهار حقيقة الأشياء التي يخافونها و هم غالبا ما يحاولون تفسير خوفهم بارجاعه إلى بعض المخاوف المرضية مثل الخوف من الجنون أو الخوف من الموت و لكن إذا حللنا هذه الأعراض التي يظهر فيها القلق ، يتبين لنا أن هناك عملية عقلية طبيعية ، هي في الأغاب جنسية قد منعت من الظهور في الشعور أي كبتت و أن الحالة الوجدانية التي كانت مصاحبة لهذه العملية العقلية قد تحولت إلى قلق " فالقلق إذن عمله متداولة تستبدل بجميع الحالات الوجدانية ، أو يمكن أن تستبدل بها حينما يتعرض مضمونها العقلي للكبت " .

أما مخاوف الأطفال فيرى فرويد أنها ليست خوفا من خطر خارجي معين ، و يفسر " فرويد " ظهور الخوف في هذه الحالة بأن الطفل يشعر بشوق شديد نحو أمه ، و بما أن الشوق لم يشبع يتحول إلى قلق ، و يفسر فرويد أيضا خوف الأطفال من الظلام هو شوق نحو أمه أثناء وجوده في الظلام يتحول إلى تخوف من الظلام .

أما بالنسبة للمخاوف المرضية فيرى فرويد أن الرغبة الجنسية التي لم تسبع تتحول إلى قلق . **محمد تجاتجي** (1996 **)**.

و قد أنهى فرويد كل ملاحظاته و الدراسات المختلفة إلى أن القلق ينشأ من كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها و منعها من الإشباع .

نقد نظرية فرويد :

وجهت " **لفرويد** " عدة إنتقادات من خلال نظريته في القلق حيث وجد تناقض في عدم قدرته على فهم حقيقة العلاقة بين القلق الموضوعي و القلق العصابي ، فقد رأى أن القلق

فعل عام يحدث في الأنا لمواقف الكدر و الخطر ، و ينطبق هذا التفسير على القلق الموضوعي ، إذ أن الأنا هو الذي يدرك الخطر الخارجي . و كان يعتقد أن الليبدوا الذي يرفضه الأنا يتحول مباشرة إلى قلق عصابي . و لما كان هذا القلق العصابي متعلقا بالليبدوا الخاص بالدوافع الغزيزية المكبوتة التابعة للهو ، فهذا القلق إذن لا يتفق مع صفة القلق الموضوعي الذي يصدر عن الأنا .

أما المخاوف المرضية التي كان يرى أنها تحدث نتيجة خطر خارجي ، و أن هذا الخوف يؤدي إلى كبت الرغبة الجنسية ، معنى هذا أن القلق يحدث من المخاوف المرضية عن الأنا ، و هذا يتناقض مع آرائه التي تفسر الأمراض العصابية على أساس تحول الليبيدوا المكبوت إلى قلق .

10-2- تفسير القلق عند أتورانك OTTORANK :

يفسر **أتورانك** OTTORANK القلق على أساس الصدمة الأولى و هي صدمة الميلاد ، فانفصال الوليد عم الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولى . فالفطام يستثير لدى الطفل لأنه يتضمن إنفصالا عن الأم ، فالقلق في رأيه هو الخوف الذي تتضمنه هذه الإنفعالات . و يرى كذلك أن القلق يتخد صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته هما : خوف الحياة و خوف الموت .

- إن خوف الحياة هو قلق من التقدم و الإستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالإنفصال عن علاقته و أوضاعه .
- أما خوف الموت فهو من التوتر و فقدان الفردية و الخوف من فقدان إستقلاله الفردي إلى حالة الإعتماد على الغير .

10-3- تفسير القلق عند ماي MAY :

تفسر ماي القلق على أنه توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ، و يعتقد أنها أساسية ، و ترى " **ماي** " أن للقلق عاملين هنا : الإستعداد الفطري و الأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة ، و أن إستجابة

القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي (1966) ، MAY ، و الخوف عند ماي عبارة عن إستجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية للفرد .

10-4- تفسير القلق عند كارل يونج KARK YOUNG :

يرى " **يونج** " أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي ، و اللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية " **يونج** " ففي اللاشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية و النتراكمة عبر الأجيال ، فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي الغير معقولة التي مازالت موجودة فيه من خلال الحياة البدائية ، كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس منظمة و أن ظهور المادة غير معقولة من اللاشعور الجمعي تعتبر تهديدا لوجوده .

10-5- تفسير القلق عند ألفريد أدلر ALFRED ADLER :

يرى " **أدلر** ADLER " أن القلق يرجع إلى عقدة الشعور بالقصور و التدني حيث كان يركز على القصور العضوي دون غيره ثم أصبح الشعور بالتدني و القصور معنوي و الذي يتضمن المتغيرات الإجتماعية التي تؤثر على الطفل و التربية ، و هذا التأثير هو التفاعل الدينامي بين الفرد و المجتمع ، هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق و تتلخص نظرية " **أدلر** " في الأهداف التالية :

1- الأهداف النهائية الوهمية .

2- الكفاح في سبيل التفوق .

3- مشاعر النقص و تعويضها .

4- الإهتمام الإجتماعي .

5- أسلوب الحياة .

6- الذات الخلاقة .

إن هذه الأهداف تلخص الأسس التي تؤدي إلى القلق العصابي حيث تعمل الأهداف الوهنية على تعويض على عقدة القصور ، و عندما تظهر الأفكار الوهمية بشكل حاد في إحداث الإضطراب و القلق و تظهر بذلك المثل العليا و القيم التي تتصارع كلها و تستمر في اللاشعور .

10-6- تفسير القلق عند هاري ستاك سوليفان H.S.SULIVAN :

يرى **سوليفان** SULIVAN . أن شخصية الطفل تتكون من خلال التفاعل الدينامي مع البيئة المحيطة به ، فتربية الطفل و تعليمه تؤدي إلى إكتسابه بعض العادات السلوكية التي يستحسنها الوالدان و التي تثير في نفس الطفل الرضى و الطمأنينة . و يرى " **سوليفان** " أن القلق هو حالة مؤلمة للغاية تنشأ من معناة عدم الإستحسان في العلاقات بين الفرد و بيئته ، و يرى كذلك أن القلق حين يكون موجودا لدى الأم تنعكس آثاره في الولد لأنه يثير القلق من خلال الإرتباط العاطفي بين الأو و وليدها **(** 1953 , SULIVAN) . و يهدف الفرد إلى خفض حدة التوتر و تنشأ هذه التوترات من مصدرين :

توترات ناشئة من حاجات عضوية و توترات تنشأ عن مشاعر القلق ، و خفض التوترات الناشئة عن القلق يعتبر من العمليات الهامة في نظرية **سوليفان** و الذي يسميها " **مبدأ القلق** " ، و القلق حسب سوليفان هو أحد المحركات الأولية في حياة الفرد و القلق إيجابي و سلبي في نفس الوقت ، فالقلق البسيط يثير في الإنسان الإنتباه و يبعده عن الأخطار . أما القلق الحاد فانه يؤدي إلى الإضطراب في الشخصية و يجعل الشخص عاجزا عن التفكير السليم أو القيام بأي عمل عقلي ، و قدم سوليفان مصطلحا هو " **نظام الذات** " Self systems " ، و يعتقد أن نظام الذات يتشكل في صورة فردية بواسطة القلق الناتج عن عدم رضى الآباء ، و موافقتهم تؤدي إلى مشاعر الطمأنينة الناتجة عن محبة الأباء و رضاهم .

10-7- تفسير القلق عند كارن هورني KARN . HORNEY :

جعلت كارن هورني من مفهوم القلق الأساسي محورا مركزيا لنظريتها ، و عرفته بأنه شعور الطفل بالوحدة و العزلة و قلة الحيلة في عالم حافل بالعداوة . و تعتقد أن القلق يتولد من التأثيرات و الظروف البيئية و الإجتماعية خلال تنشئة الطفل و نموه أكثر مما ينتج عن الصراع و التعارض بين المحفزات و الدوافع البيولوجية من جانب ، و الأنا الأعلى منجانب آخر كما ذهب إليه فرويد . و سمت هذا القلق " بالقلق الأساسي " . " Basic Anxiety .

و ترى " **هورني** " أن القلق إستجابة إنفعالية تكون موجهة إلى المكونات الأساسية للشخصية ، كما ترى أن القلق يرجع إلى ثلاثة عناصر هي : الشعور بالعجز و الشعور بالعداوة ، و الشعور بالعزلة ، و تعتقد " **هورني** " أن القلق ينشأ من العناصر التالية :

- إنعدام الشعور العاطفي في الأسرة و تفككها و شعور الطفل بأنه شخص منبود في المنزل هذا الشعور هو من أهم مصادر القلق ، و يؤكد هذا " **بورجان** BORGAN " من أن الطفل المنبود غالبا ما يعبر عن مشاعر الذل بأشكال مختلفة ، كالمخاوف و الإنعزال و قد تكون هذه الأساليب عدوانية أو إنسحابية أو إنطوائية ، و هذا بدوره يؤثر على ذكاء الطفل و أدائه مما يسبب له الفشل في دراسته .

2- المعاملة التي يتلقاها الطفل لها علاقة بنشأة القلق ، فنوع العلاقة بين الأم خاصة لها إنعكاس على ظهور حالات القلق عنده ، و هذا ما أكده أيضا **بولبي** BOLBY ، حين بين أن علاقة مترابطة ، و هي هامة لشعور الطفل بالأمن و الطمأنينة . و أن كثيرا من الإضطرابات التي يظهرها الطفل ترجع بالدرجة الأولى إلى حرمانه من الإحساس بالحب و العاطفة من جانب أمه في طفولته المبكرة .

3- البيئة التي يعيش فيها الطفل لها دور و أثر في نشأة القلق لديه نظرا للتعقيدات و التناقضات الموجودة فيها . فالقلق له إرتباط بالآخرين و يزداد مع مرور الوقت بسبب التناقضات الموجودة في المجتمع .

10-8- تفسير القلق من خلال النظرية السلوكية :

يرى أصحاب الإتجاه السلوكي أن تحليل السلوك يتم بين وحدات من المثير و الإستجابة ، و القلق في التصور السلوكي يمدنا بأساس دافعي للتوافق ، فهو خبرة غير سارة و ينظر إليه باعتباره يثير ميكانيزمات متعددة للتوافق ، فالتعلم الشرطي الكلاسيكي يمدنا بتصور عن القلق من خلال العصاب التجريبي .

إذن فالسلوكيون ينظرون إلى القلق على أنه سلوك متعلم أو إستجابة خوف إشتراطية من حيث تكوينها و نشأتها ، و يرون أن هذه الإستجابة تستثار بمثير محايد فهو في طبيعته لا يثير الشعور بالخوف . إلا أن هذا المثير المحايد يكتسب القدرة على إستدعاء الخوف نتيجة إقترانه عدة مرات بمثير طبيعي للخوف وفقا لعملية الإشتراط و لقوانين التعلم التي أكد عليها الإشتراطيون .

و يرى **سيد غنيم** 1973 ، أن العصاب التجريبي يتميز بالصفات التالية :

1- إن السلوك العصابي هو نتيجة ضغط و توتر و صراع ، ففي جميع التجارب التي من هذا القبيل وجد صراع بين الأفعال المعززة و الأفعال الغير معززة .

2- السلوك العصابي يتميز بالقلق و يتضمن العقاب من أي نوع كان .

3- إن السلوك العصابي يتميز بمجموعة من الأعراض التي تعتبر غير عادية في نظر المعايير الإجتماعية .

و يرى " **السلوكيون** " أن القلق يقوم بدور مزدوج فهو من جهة تمثل حافزر ، و جهة أخرى يعد مصدر تعزيز ، عن طريق خفض القلق ، و بالتالي فان العقاب يؤدي إلى كف السلوك الغير مرغوب فيه و بالتالي ينشأ القلق الذي يعد صفة تعزيزية سلبية تؤدي إلى تعديل السلوك ، و أهم ما أكده أصحاب هذا الإتجاه أن القلق إستجابة شرطية مؤلمة تحدد مصدر القلق عند الفرد .

10-9- تفسيرالقلق عند دولاردو ميللر DOLARD et MILLER

عرض **دولارد و ميللر** DOLARD and MILLER نظريتها حول " **الشخصية و العلاج النفسي** " ، و لكنها إستخدلما مفاهيم خاصة بهما ، فقد إستفادا من مفهوم الدافع و

أكد على الدور الذي يقوم به خفض الدافع في عملية التعليم ، و القلق ما هو إلا دافع عندما يزداد إلى حد معين يؤدي إلى تدهور في الأداء .

و القلق عند " **دولارد و ميللر** " حالة غير سارة يعمل الفرد على تجنبها و القلق يعتبر دافعا مكتسبا أو قابلا للاكتساب . و يحدث القلق نتيجة الصراع ، و الصراع قد يأخذ أشكال متعددة . إلا أن هذا الصراع يولد حالة من عدم الإتزان يؤدي إلى القلق و لا يكون تجنب للصراع حتى يعود إلى الإتزان مرة أخرى .

10-10 **النظرية البيولوجية في تفسير القلق :**

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الأساس البيولوجي و العصبي بين الخوف و القلق متشابه و مشترك في كلا الحالتين ؛ و قد بينت الدراسات إشتراك مستويين عصبيين على الأقل في كل من الخوف و القلق المرضي بأنواعه المختلفة ، و تتضمن آلية الهلع و أعراضها المكونات الأساسية التالية :

خلل في إفراز النورا بنفرين NOREPINEPHINE ، و كذلك في إفرازات الجهاز اللمبي ، و تظهر أهمية هذا الجهاز في إعداد العضوية لمواجهة الخطر من هنا فان الجهازين السمبثاوي و الباراسمبثاوي هما الأساس العصبي البيولوجي في هذه الحالات ، و ما يرافقها من تغيرات في إفراز الغدد و خاصة النخامية .

10-11- **النظرية المعرفية في تفسير القلق** :

يرى أصحاب هذا الإتجاه بأن المصاب بالقلق كاضطراب تسيطر عليه تصورات ذهنية مفادها أن هناك حادثة خطيرة ستقع ، و تؤدي هذه التصورات إلى إضطراب التفكير و يصبح في موقف ينذر بالخطر ، فيعمل الدماغ باهتياج شديد في مواجهة التهديد ، و في الفترات الحادة من القلق تؤدي إشارة تنبه للخطر . كما أن خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني ، أي عدم القدرة على التفكير بشكل مباشر ، لأن الفكر يكون منشغلا بالحالة الداخلية التي تتعلق بحالته الجسمية و الخطر الذي يتهدد حياته .

و كمثال على ذلك يذكر لنا " **بيك** BECK ، 1976 " حالة رجل يبلغ من العمر أربعون عاما جيئى به إلى غرفة الطوارىء باحدى المستشفيات و في حالة مزرية من القلق ، و تتمثل حالته أنه عندما وصل إلى نهاية المصعد الكهربائي المجهز خصيصا لنقل المتفرجين إلى أعالي الجبال ، كان قدأحس قبلها بساعات بضيق في التنفس . ثم نشعر بالضعف و الإنهاك ، و إعتقد بأنه فقد وعيه ، و عندما جرى فحصه طبيا تبين عدم وجود أية إشارة جسمية تدل على ذلك ، فأخبر المريض بأنه يعاني من " نوبة قلق حادة " و أعطيت له بعض المهدئات .

- غير أن القلق ظل يلازمه عندما خرج من المستشفى ، و عاد إلى بيته ، مما إضطره إلى مراجعه معالج نفسي هو " **بيك** " الذي وصفه بأنه كان غامضا ، و لم يستطع في البداية تحديد مصدر

قلقه ، و عندما سأله عن الأحداث الأخيرة التي مر بها إستطاع المعالج تجميع المعلومات فتوصل إلى أن هذا المريض كان عندما وصل إلى قمة المرتفع بالمصعد الكهربائي ، شعر بضيق التنفس (ربما كان بسبب رطوبة الجو) ، و لكنه إعتقد في تلك اللحظة بأن هذا ربما يكون إشارة لمرض أو عجز في القلب .

ثم تذكر أن أخاه كان قد توفي قبل أشهر بسبب إضطرابات في القلب ، فشعر بأنه مصاب به أيضا ، و حقيقة خطيرة إكتشفها الآن ، فشعر بالقلق و زادته حدته على يقين من أنه على وشك أن يموت ، و أنه ستكون عن طريق السكتة القلبية .

10-12- تفسير القلق عند كاتل و شير CATTEL et SCHEIR :

كشفت دراسات **كاتل و شير** CATTEL et SCHEIR ، عن وجود نوعين من مفاهيم القلق أو عاملين القلق هما سمة القلق Triat Anxiety ، و حالة القلق State Anxiety و يعتبر هذان الأخيران أكثر أنواع القلق إنتشارا في الترات النفسي SPIELBERGER , 1966

و حالة القلق عبارة عن طرف أو حالة إنفعالية ذاتية موقفية مؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي ، يشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط

جهازهم العصبي المستقل ، و يهيئهم لمواجهة مصادر التهديد . و تختلف شدة الحالة تبعا لما يشعره كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه ، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد . و تتغير حالة القلق في شدتها و تتذبدب عبر الزمن تبعا للموقف المهدد للفرد .

10-13- نظرية سبيلبرجر SPIELBERGER للقلق :

تعتبر نظرية **سبيلبيرجر** SPIELBERGER في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده ، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة Trait Anxiety ، و القلق كحالة State Anxiety ، و يقول أن للقلق شقين : سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن و هو إستعداد طبيعي أو إتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية ، و قلق الحالة و هو قلق موضوعي أو مرفقي يعتمد على الظروف الضاغطة **(سبيلبيرجر** 1972) .

و يعتقد **سبيلبيرجر** أن سمة القلق تشير إلى الفروق الثابتة نسبيا في القابلية للقلق و سمة القلق تشير إلى الإختلافات بين الناس في ميلهم إلى الإستجابة تجاه المواقف التي يدركها كمواقف مهددة ، و ذلك بارتفاع شدة القلق ، و سمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة ، حيث تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطيرة .

و يرى أن العلاقة بين حالة القلق و سمة القلق هي الإستعداد و التهيؤ للقلق الذي يظل كامنا و هو سمة القلق ، و يستثار بمثيرات مهددة كحالة القلق و تأخذ هذه العلاقة شكل المنحى .

و يرى كذلك إن الأشخاص الذين يتصفون بارتفاع في قلق السمات يميلون إلى أن ينظروا إلى العلاقات الإجتماعية كمهددات و غالبا ما يتحدثون في شكواهم عن الأوضاع الإجتماعية أكثر من الأخطار الجسدية ، فلو رسمنا منحيين يمثلان أشخاصا يتصفون بقلق سمة مرتفع و آخرين بقلق سمة منخفض ، و لوجدنا أن أعلى درجات كل واحد منهما لوجدنا أن القمم تمثل فترات منفصلة و طارئة من قلق الحالة ، بمعنى أن كلا النوعين من

الأشخاص الذين يعانون من قانون السمة ، يمرون بهذه الخبرات الطارئة ، و لكنهم يكونون في الغالب أكثر توترا و إستمرار في حالة قلق السمة العلي أو المرتفع .

كما بينت الدراسات أن الشخص الذي يعاني من قلق مزمن لا يكون فقط أكثر شدة في الإستجابة للخطر الذي يدركه ، و إنما يحتاج أيضا إلى وقت أطول ليعود إلى وضعه قبل الإستجابة MALMO , 1975 .

و معنى هذا أن سمة القلق هي إستعداد سلوكي مكتسب في معظمه ، و غالبا ما يعود إلى خبرات طفولية مؤلمة ، كما أن إستعداد ثابت نسبيا و بذلك العالي للقلق يكون أكثر إستهدافا لإستشعار الخطر ، و فقدان الإستقرار و توقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تنطوي على كل الخطر .

و قد وجد أن الأشخاص ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق – كالعصابين مثلا – يميلون إلى أن أغلب المواقف التي من حولهم على خطرة و مهددة لذواتهم . حتى لو لم تكن خطرة موضوعيا ، و ذلك بدرجة أكبر من ذوي الدرجات المنخفضة في السمة ذاتها .

و يرتبط كذلك بين الضغط و القلق و يعتبر الضغط سببا لحالة القلق ، و يستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق الكامن في شخصية الفرد .

كما قام " **سبيلبيرجر** " بتحديد طبيعة الظروف البيئية الضاغطة و حالات القلق الناتجة عنها ، و فسر العلاقة بينها و بين ميكانزمات الدفاع التي تساعد على تجنب الضغط كالكبت و الإنكار و الإسقاط التي تؤدي إلى سلوك التجنب .

** و قد ميز **سبيلبيرجر** بين مفهوم الضغط و مفهوم القلق ، فالقلق عملية إنفعالية تشير إلى تتابع الإستجابات السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط .

كما يميز بين مفهوم الضغط و مفهوم التهديد حيث أن الضغط يثير إلى الإختلافات في الظروف البيئية التي لها درجة من الخطر الموضوعي . أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير و التفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير .

11- أبعاد القلق .

تتضمن الإستجابات الفزيولوجية ، توترات عضلية ، و زيادة في سرعة التنفس ، و إرتفاعا في ضغط الدم ، و زيادة في ضربات القلب ، و جفاف الفم ، و غثيان و إسهال ، و زيادة في التبول و جميعها إستجابات إنفعالية BOOTZIN et ACOCELLA ، 1984 .

و تشير الدراسات بأن إنفعالاتنا لا تستثار فقط بالخطر الذي يستهدف وجودنا المادي ، بل بالتهديد لدوافعنا الذاتية و الإجتماعية و تدور هذه الدوافع حول تقديرنا لذاتنا و الأهداف الإجتماعية ذات الأهمية الشخصية لنا . و إذا كان الخوف يتضمن في العادة تهديدا جسديا ، فان القلق يتضمن تهديدا شخصيا ذاتيا بصورة أعم ، و في كلتا الحالتين تحدث إضطرابات جسمية تؤثر في الوظائف السلوكية .

و من الصعب التمييز بين التغيرات الفزيولوجية و الأحاسيس الذاتية المرتبطة بها و يؤكد العديد من الباحثين ضرورة التمييز بين هذا البعدين ، أي التغيرات الفزيولوجية و يشعر به الفرد من : توتر و فهم و إدراك ، و الإحساس بالخطر و التوقعات الخاصة بعدم القدرة على التغلب أو تجاوز الحالة ، فنجدة الفرد بالقلق تمثل مستوى من التحليل عن العمليات الفويولوجية التي يفترض أنها أو منضمة فيها كمثال : يشعر الفرد بالتغيرات في إضطرابات القلب المرتبطة بالقلق على أنها أحاسيس من " تسارع " أو إحتباس كما لو كان إحساسا بالتوهج ، و يسببه العناء الجسمي النتائج عن القلق الذي ينخفض مستواه و يصعد .

يحدث التعرف و الشعور بالبرودة التي تحدث أحيانا على شكل قشعريرة ، و يكون خاصة على مستوى اليدين و القدمين ، حيث يشعر الفرد بأطرافه " باردة "

كما أن الفرد يشعر بالتوتر العضلي الشديد و بأن ساقيه يرتجفان و غير قادرين على حمله ، و قد يصاحب إحساس بضيق التنفس ، فيتنفس بسرعة أكبر ، و تؤدي هذه الإضطرابات إلى النقص أو الإختلال في عملية إمتصاص الغذاء ، أو ربما تعطله تماما لأن القلق الحاد يوجه وظائف الجسم نحو الإستعداد للظروف الطارئة ، و بدون وجود دم كاف في المنطقة المعوبة فان الفرد يشعر بالغثيان ، بسبب عدم إحتواء الجهاز الهضمي

على الغذاء ، و هكذا تتدخل الإضطرابات الفزيولوجية بالإحساسات الذاتية في حالة الإجهاد " **حسين صالح ،**2002 "

12- علاقة الشخصية باضطراب القلق :

تعتبر الشخصية نمط من الأنظمة التي يكتسبها الفرد في النشاط و الإتصال الموجه نحو هدف معين و التي تميز مشاركته في العلاقات الإجتماعية ، و للشخصية دور في الربط الإجتماعي و تغيير نسق السلوك من جانبه العقلي و الأخلاقي .

و يرى **أحمد عبد الخالق (1980)** أن الشخصية عبارة عن التنظيم الدينامي داخل الفرد ، و له قدر كبير من الثبات و الدوام ، لمجموعة من الوظائف أو السمات أو الأجهزة الإدراكية و النزوعية و الإنفعالية و المعرفية و الدافعية و الجسمية ، و التي تحدد طريقة الفرد المتميزة في الإستجابة للمواقف ، و أسلوبه الخاص في التكيف مع البيئة ، و قد ينتج عن هذا الأسلوب في التعامل مع البيئة التوافق أو سوء التوافق و يعد القلق من بين الإستجابات المصاحبة للسلوك و أحيانا تكون سمة من سمات الشخصية ، و يمكن ذكر الإرتباط بين الشخصية و القلق فيما يلي :

12-1- تفسير جيلفورد GILFORD للقلق :

يعرف **جيلفورد** GILFORD الشخصية ، بأنها " النموذج الفريد الذي تكون منه سماته ، و قدم " **جيلفورد** " ثلاثة عشر عاملا للشخصية و التي يمكن رصدها كالآتي :

1- النشاط العام ، 2- السيطرة ، 3- الذكورة مقابل الأنوثة ، 4- الثقة مقابل مشاعر النقص ، 5- الطمأنينة مقابل العصابية ، 6- الإجتماعية ، 7- التأملية ، 8- الإكتئاب 9- الإستقرار مقابل الدورية ، 10- الكبح مقابل الإنطلاق ، 11- الموضوعية ، 12- الوداعة ، 13- التعاون مقابل التسامح .

و يعتبر " **جليفورد** " القلق جزءا من عوامل الشخصية الأساسية ، و العامل الخامس هو العامل الدال عن القلق و هو عبارة عن الطمأنينة مقابل العصابية . حيث أن الفرد

العصبي فرد سريع التهيج ، و يتعب بسرعة ، فاقد القدرة على التركيز و يتسم بالتوتر و القلق و العصابية .

12-2- تفسير " كاتل CATTEL **" للقلق :**

يعرف " **ريموند كاتل** REMOND CATTEL " الشخصية هي ما يمكن أن يتنبأ بما يفعله الفرد عندما يوضع في موقف معين " و قد حدد ستة عشر عاملا أساسيا في الشخصية و هذه العوامل هي :

1 - الإنطلاق ، 2- الذكاء ، 3- قوة الأنا ، 4- السيطرة ، 5- الإنبساط ، 6 - قوة الأنا الأعلى ، 7- المغامرة ، 8- الطراوة ، 9- التوجس ، 10- الإستقلال ، 11- الذهاء ، 12- الإستهداف للذنب ، 13- الإكتفاء الذاتي ،14- قوة إعتبار الذات ، 15- الدهاء ، 16- ضغط الدوافع .

و يرى كاتل أن العامل رقم ستة عشر يعبر عن القلق حيث أن ضغط الدوافع يعبر عن التوتر و القلق و سرعة الإنفعال .

13-3- تفسير "إيزنك " للقلق EISINQUE **:**

يعرف " **إيزنك** EISINQUE " الشخصية بأنها " ذلك التنظيم الثابت و الدائم إلى حد ما ، لطباع الفرد و مزاجه وعقله و بنية جسمه و الذي يحدد توافقه الفريد لبيئته " و تعود الطباع إلى الجهاز النزوعي (الإرادة) ، و يقصد بالمزاج السلوك الوجداني (الإنفعال) ، بينما يشير الفعل إلى السلوك المعرفي (الذكاء) ، و يقصد " إيزنك " بالبنية شكل الجسم و الميرات العصبي و الغدي للفارد ، و توصل "**إيزنك** " إلى خمسة عوامل هي :

1- الإنبساط مقابل الإنطواء ، 2- العصبية مقابل الإتزان ، 3- الذهائية مقابل السواء ، 4- الذكاء ، 5- المحافظة مقابل التقدمية .

و توصل إلى أن العصابية هي مجموعة من السمات الأولية التي تشير إلى القلق و هي تقلبات الحالة المزاجية ، و فقدان النوم ، و مشاعر النقص ، العصبية ، و القابلية للاستثارة و الحساسية .(**أحمد عبد الخالق** 1979 **)**

13- قياس القلق :

يتم قياس القلق بواسطة مجموعة من الإختبارات كل منها يقيس نوع من أنواع القلق أو درجة من درجاته ، و سنذكر بعض هذه المقاييس فيما يلي :

13-1- مقياس القلق العام :

وضع هذا المقياس **كاتل** CATTLE .R.B ، و هذا الإختبار آداة لقياس مستوى القلق بطريقة سريعة و مقننة و يمكن تطبيقه على جميع المستويات التعليمية ، و هو ملائم للأعمار 14 أو 15 فأكثر و يمكن إجراءه فرديا أو جماعيا ، و يتكون المقياس من 40 سؤلا .

13-2- قائمة حالة سمة القلق :

وضع هذا المقياس **سبيلبيرجر و جور ستسن** 1970 SPIELBERGER , GURSUCHUSENE ، يتكون من عشرين عبارة لكل من مقياس حالة القلق ، و عشرين عبارة للسمة القلق .

13-3- مقياس قلق الموت :

يرى " **كارل يونج** " أن قلق الموت مصدر أساسي للبؤس العصابي خصوصا في النصف الثاني من حياة الفرد ، و يمكن ذكر بعض من مقاييس قلق الموت فيما يلي:

1- مقياس كوليت – لستر الخوف من الموت (1969) COLLETT - LESTER

2- مقياس " ليستر " للاتجاه نحو الموت (1974) LESTER

3- مقياس الإنشغال بالموت **لديكستان** (1972)

4- المقياس المتعدد الأبعاد للخوف من الموت " **لهولتز** " (1979) .

5- إستخبار قلق الموت **لكونت** (1982) .

6- قلق الموت **لدونالد تمبلر** (1967) .

13-4- مقياس قائمة قلق الإختبار :

يمكن قياس قلق الإختبار من خلال مقياس " **قائمة قلق الإختبار** " و الذي أعده " **شارلز سبيلبيرجر** " ، و أعد لقياس الفروق الفردية في قلق الإختبار باعيباره موقفا محددا لسمة الشخصية ، و يحتوي المقياس على عشرين عبارة ، أمام كل عبارة أربعة إختبارات ، و يحتوي المقياس على عاملين هما : الإضطراب و الإنفعال . و هما مكونين أساسين لقلق الإختبار .

13-5- مقياس القلق الإجتماعي : قدم **ليري** LEARY , 1983 مقياس القلق الإجتماعي ، و يتكون من سبعة و عشرين عبارة ، أمام كل عبارة أربعة بدائل .و يشمل المقياس جانبين :

الأول مرتبط بالعصبية و التوتر و عدم الإرتياح و الخجل و الإنزعاج .

و الثاني يتعامل مع القلق في المواقف ذات الطابع الإجتماعي .

14- علاج القلق :

14-1- التحصين التدريجي :

التحصين التدريجي هو بناء هرم من المخاوف تكون في قاعدته الأشياء الأقل في الخوف ثم الأشياء الأكثر في الخوف . ثم يقدم للمريض أقل المخاوف ثم الأكثر حتى يصل المريض إلى السيطرة على جميع مخاوفه بطريقة واقعية . مثل الذي يخاف من الحشرات تجعله يواجه الحشرة حتى يستطيع أن يمسكها و يتعامل معها .

14-2- التدريب على المهارات الإجتماعية :

يبدأ العلاج في تدريب الفرد على إكتساب الثقة في النفس و ذلك من خلال تكوين مفهوم إيجابي عن الذات ، و يرى (**سيموندسن** 1951) ، أن الذات عبارة عن مجموعة من العمليات هي الإدراك و التفكير و التذكر المسؤولة عن تطرير و تنفيد

خطة عمل للوصول إلى إشباع البواعث الداخلية ، و من خلاله تساعد الفرد من التخلص من القلق الإجتماعي ، و يتم ذلك من خلال تدريب الفرد على مواقف يتم فيها التفاعل بين الفرد و الآخرين , كذلك دور المعالج النفسي في تقديم الدعم من خلال المساندة النفسية و التشجيع حتى يتأكد من أن المريض قد تجاوز فوبيا المواجهة .

كذلك يمكن للمرشد النفسي أن يساعد المريض إذا كانت حالة المرض حقيقية برؤية ذاته حتى يستطيع أن تتكون لديه الثقة في النفس .

و أخيرا تعلم كيف تثق في نفسك ، و ذلك من خلال الدعم الذاتي الذي تحصل عليه نتيجة المواجهة مع الناس .

14-3- **التأمل** :

التأمل عبارة عن التفكير المكثف و العميق و يتحقق بالتركيز على شيء واحد و إزالة كل الأشياء التي تشتت الإنتباه . و إستعمل كنظام في علم النفس التحليلي للتدريب الجسدي النفسي ، و يمكن إستخلاص نتائج التأمل للتخفيف من القلق و التوتر في الآتي :

1- إستحضار منظرا جميلا و إحتفظ به .

2- إغلاق عينيك و لا تفكر في أي شيء آخر سوى ذلك المنظر الجميل .

3- التركيز على المنظر بدرجة كبيرة مدة خمسة دقائق إلى خمسة عشر دقيقة يوميا و سيؤدي التأمل إلى خفض عمل الجهاز اللارادي إلى أدنى حد ممكن ، و تتراجع كهرباء الدماغ من " **ألفا** " إلى " **بيتا** " حتى تصل إلى " **دلتا** " مما يؤدي إلى إنخفاض التوتر و القلق مما يجعل الفرد نشطا .

-4- **الإسترخاء** :

و هو حالة هدوء تنشأ في الفرد من خلال إزالة التوتر بعد تجربة إنفعالية شديدة أو جهد جسدي شاق ، حيث يتخذ الفرد وضعا مريحا و يتصور حالات تبعث على الهدوء أو يرخي العضلات و عندما تكون العضلات مسترخية فان الأعصاب الذاهبة إليها و الآتية منها لا تحمل أي رسالة حركية أو حسية بمعنى أن تكون ساكنة ، و ينعدم النشاط الكهربائي

بها ، و قد أثبتت التجارب أن الإثارة المزمنة أو القلق و التوتر و الغضب يمكن أن تزول بالإسترخاء .

14-5- إستعمال الأدوية المهدئة :

يوحي المعالج النفسي عادة باستعمال المهدئات في الحالات الصعبة و نوبات القلق الحاد ، رغم ذلك فان العلاج الكيميائي لا ينظر إليه على أنه علاج كاف ، حيث يوصون أحيانا بالأدوية كوسيلة مساعدة و ظرفية في فترة العلاج . و هناك مضادات عديدة من الأدوية يختلف تأثيرها من عرض إلى آخر .

فالفاليوم و الليبيريوم يحدثان تأثيرا واضحا في الإسترخاء العضلي ، إلا أن تأثيرها ضعيف على إضطرابات النوم ، و إستعمال عقار **ملتون** MILTOWN له تأثير في إضطرابات النوم .

14-6- القيام باللعب و ممارسة الرياضة :

يعد اللعب وسيلة فعالة لخفض التوتر و الإنفعال الزائد و القلق ، و يساعد اللعب في السيطرة على القلق و الصراعات النفسية العادية و يساعد كذلك في تعلم الطرق المختلفة لحل المشكلات .

كما تساهم الرياضة و التمارين و الحركات في تخفيف حدة الضغوط النفسية و تساعد على تخفيف القلق .

الفصل الرابع :

الاكتئاب

تمهيـــــد

1- لمحة تاريخية من مفهوم الإكتئاب .

1-1- مفهوم الإكتئاب .

1-2- تعريف الإكتئاب النفسي .

2- الإكتئاب في حياتنا المعاصرة .

3- دراسة الإكتئاب .

3-1- الإكتئاب و علاقته بالجنس .

3-2- الدراسات العربية حوا الإكتئاب .

4- التعرف على الإكتئاب و تشخيصه .

5- تصنيف الإكتئاب .

6- أعراض الإكتئاب .

7- نظريات الإكتئاب .

7-1- النظرية البيولوجية .

7-2- نظريات التحليل النفسي .

7-2-1- نقد نظريات التحليل النفسي .

7-3- النظرية السلوكية .

7-4- نظرية الإكتئاب كعجز متعلم .

7-5- النظرية المعرفية .

8- قياس الإكتئاب .

9- شخصية المكتئب .

10- علاج الإكتئاب .

الإكتئـــــــاب

مقدمـــــــة :

يواجه الإنسان في حياته اليومية ضغوطا نفسية متعددة ، و الضغط كما ذكرنا من قبل هو أحداث خارجة عن الفرد ، أو متطلبات إستثنائية عليه ، أو مشاكل أو صـعوبات تجعله في وضع غير إعتيادي فتسبب له توترا و تشكل له تهديدا يفشل في السيرة عليه ، و يترتب عنه إضطرابات نفسية متعددة تؤدي إلى أعراض جسمية و نفسـية ، و يمكـن تحديد الإكتئاب من الإضطرابات بعد القلق التي تصاحب الأحداث الضاغطة و تؤثر على صحة الفرد الجسمية و النفسية و عليه فان الإكتئاب Dépression يعد من الأمـراض النفسية الأكثر إنتشارا بعد القلق ، و من أكثر المشكلات النفسية و الإنفعالية التـي تـدفع الناس لطلب العلاج و البحث عن الدعم النفسي و الإجتماعي في الممارسات و العيـادات النفسية و الطبية . و يشكل الإكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيـادات النفسـية و مؤسسات الصحة النفسية في المجتمعات المعاصرة .

** و تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن عدد المصابين بالإكتئاب في العالم يقدر بـ 200 مليون شخص يختلف و تتباين الأعراض في شدتها من مريض إلى آخر . و الإكتئاب النفسي كالإضطرابات الأخرى ، فهو لا يتكون من صورة واحـدة بـل يكـون إضطراب تدريجيا و مستمرا يبدأ بالحالات القريبة من السواء ثم تتصاعد شدته حتى يصل إلى حالات المرض التي تتطلب العلاج و المتابعة ، و يبدأ الإكتئاب كحالة ميزاجية تصيب الإنسان لأسباب معينة أو قد تكون من دون سبب . و قد تصل هذه الحال ة مـن الشـدة بحيث تؤثر على تفكير الشخص و سلوكه و لإنفعالاته . و قد تتجاوز تأثير المريض نفسه إلى المحيطين به . ففي هذا الفصل سنقدم مختلف التعاريف التي جـاءت لتحـدد مفهـوم الإكتئاب و التصنيفات

1 - لمحة تاريخية عن مفهوم الإكتئاب :

أشارت العديد من الكتب التاريخية إلى مفهوم الإكتئاب من خـلال الأمـراض العقلية التي عرفت من قبل مثل الصراع و الهوس التي كانت يتميز بـأعراض القلـق و الفزع و المعاناة و الأرق و قد أشار **بوتون** BURTON **سنة** 1631 في كتابه تحليـل المنخوليا the Anatomy of Meloncoly إلـى موضـوع الإكتئـاب ووصـف أعراض هذا المرض ، كما تصفه كتب الطب النفسي المعاصرة حيث وصـف أسـباب الإصابة بهذا الإضطراب يذكر الإصابة بمرض جسماني ، الإسراف في الدراسة و العمل الذهني ، الإضطرابات العاطفية ، و خيبات الأمل .... و هي عوامل يـرى علمـاء النفس في التعامل معها و تحليلها أسباب مرتبطة بالإكتئاب .

و يعتبر **كرابلين** KRAPLIN **(** 1899 **)** أول من تحدث عن الإكتئـاب بوضـعه مرضا بحد ذاته و أرجعه إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثية و أخرى خلقية . عن **أديب الخاليدي** 1996 **ص** 335 . و يرى أيضا أن كل حالات الإكتئاب و حالات الهوس لعملية مرضية واحدة ذات قطبين ، يحتل الهوس أحدهما و الإكتئاب القطب الآخر .

بينما أعطى " **فرويد** " نظرة أخرى و أرجع الإكتئاب إلى عوامل شعورية و أخرى لاشعورية من شأنها إحداث إحساس بالحزن و اليأس و التشاؤم .

و ترى **ميلاني كلاين** MILANI CLAINE أن الإكتئاب يحـدث فـي المراحـل المتأخرة من عسر المريض و هو عبارة عن صدى إكتئاب المراحل المبكرة أي للخبرات المؤلمة في الطفولة .

و تشير إتجاهات أخرى أن الإكتئاب هو إضطراب نفسي قديم يصيب حـوالي 5 ٪ من الناس ، فيصيب الجسم بالإضافة إلى الذهن و المزاج و السلوك فيؤثر على الشـهية في الأكل و النوم و يؤدي إلى إحساس بفقدان إحترام الذات ، و مشاعر النقص و اليأس و الرغبة في لبتخلص من الحياة .

1 - 1 مفهوم الإكتئاب :

يستخدم مفهوم الإكتئاب عادة للدلالة على المعاني التالية :

1- يرتبط الإكتئاب بالمزاج المضطرب الغير سوي الذي يختل نتيجة تعرض المـريض إلى إحباطات متعددة و إلى الفشل المتكرر ؛ فيؤدي إلى الحزن و الإحباط .

2- يتميز الإكتئاب بتنادر في إضطرابات المزاج بالإضافة إلى جميع أعراض الإكتئابات البدنية و الوظيفية المصاحبة له ، فتشتد حالة المريض و تؤثر على الجسم و الحركة .

3- يتميز الإكتئاب بالأعراض الذي ذكرناه منقبل ، ضف إلى ذلك شـدة الإضـطراب و مدى تأثيره على النشاطات اليومية للفرد . ففي هذا التصنيف الأخير يظهـر المـزاج المكبت و الأعراض البدنية الوظيفية و تشتد الحالة إلـى درجـة تصـيب المـريض بالعجز، مما يؤثر على آدائه و نشاطه اليومي . **الحجار (1989)** .

1-2- **تعريف الإكتئاب النفسي** :

إن مصطلح الإكتئاب من كلمة كئب أي بمعنى تغيرت نفسه و إنكسرت من شـدة الألم و الحزن . و الكآبة هي الحزن الشديد ، و اتئاب مرادف للانقبـاض ، و نقـول أن الشخص إنقبض على نفسه أي ضاق بالحياة فاعتزل (**المنجد فـي اللغـة و الإعـلام ، 1986**) .

و يعرف قاموس الطب النفسي **كامبل (1981) ،** CAMPEL ، الإكتئـاب بأنـه زملة كلينيكية تشتمل على إنخفاض الأيقاع المزاجـي و مشـاعر الإمتعـاض المـؤلم و صعوبة التفكير و تأخر حركي نفسي . و قد يختفي التأخر الحركي النفسي إذا كان الفرد يعاني من قلق أو وساوس .

و إتسع مصطلح الإكتئاب ليكون أكبر من ذلك لأنه حالة مرضية لها عواقبها علـى المصاب ، و أن الحالة الإكتئابية هي إستجابة لفقدان إنسان أو شيء عزيز ، و أن الشعور لهذا الفقدان تقوية في النفس حلات مماثلة حدثت للفرد المكيئب في طفولته . و ربمـا لا تكون فقدانا بالمعنى المفهوم ، فقد تكون حالات إنفصال عن عزيز أو خيبة أمل فيـه ، و قد يكون الإكتئاب ناتجا عن عجز الفرد عن تصريف الغضب فيشعر بالحزن و الكآبة .

أما **وادلوشر** WILDLOCHER **، (1991)** ، نلخص السلوك الإكتئابي في تعطيل النشاط و التفكير و الرغبة و تصبح أفكاره سلبية حـول الـذات و الآخـرين و ظهـور إضطراب في النوم و تضعف شهيته للأكل و يميل إلى العجز في القيام بالأعمال فتتغيـر حياته و يدرك أنه مختلف عن الآخرين حيث يفقد المبادرة و يتألم لهذا التغيير و يتشـاءم

من المستقبل و تعتبر العزلة و الإبتعاد عن الآخرين من المؤشرات المهمة في تشـخيص الإصابة بالإكتئاب .

لقد قام العديد من المختصين في علم النفس و الطب النفسي بتعريف الإكتئـاب ، و ظهرت بين تعريفاتهم الإختلاف الواضح في تحديد مفهوم كل نمط من الأنماط الإكتئابية ، تبعا لإختلاف الأعراض التي يتميز بها المريض بذلك النوع من الإكتئاب ، أي إخـتلاف الأنماط ناتج عن إختلاف الأعراض .

فقد عرف **أنتوني ستور** (1986) حالة الإكتئاب بأنها : تتسم بالحزن و عدم الميـل إلى النشاط الذي قد يتصاعد إلى درجة تصل في الغالب إلى السكون التام و التوقف عـن الحركة ، و تأخر العمليات العقلية و يصاحب ذلك حالات الإضطراب في نظام النوم ، و فقدان الشهية للطعام ، والإمساك ، و إرتخاء العضلات ، و كذلك تضاؤل فـي الرغبـة الجنسية .

و يحدد "**أحمد عكاشة**" الأعراض التي يشعر بها المريض بالإكتئاب و هي : أفكـار سوداوية ، و التردد الشديد ، و فقدان الشهية للطعام و الشعور بالإثم ، و التقليل من قيمة الذات و عدم القدرة على إتخاذ القرارات و المبالغة في الأمرر التافهة ، و الأرق الشديد ، و الشعور بأوهام مرضية و المعاناة من بعض الأفكار الإنتحارية .

و يعرف "**مصطفى زيور**" الإكتئاب بأنه : حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا ، إلى ضرب من جحيم العداب مصحوبا بالإحساس بالذنب شعوريا ، و إنخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ، و نقصانا في النشاط العقلي و الحركي و الحشوي .

أما "**حامد زهران**" فيعرف الإكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنـتج عـن الظروف المحزنة الأليمة و تعبر عن شيء مفقود ، و إن كان المريض لا يعي المصـدر الحقيقي لذاته .

و يعزز **ستور** STORR هذا المعنى في تحديد مفهوم الإكتئاب و يرى أنـه : حالـة إنفعالية يعاني فيها الفرد من الحزن ، و تأخر الإستجابة و الميول التشـاؤمية و أحيانـا تصل حالة الإكتئاب إلى درجة الميل للانتحار ، و كذلك تعلو درجة الشعور بالذنب إلـى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطاء و ذنوبه و قد يصل إلى درجة البكاء الحاد .

و يرى "**صبرى جرجس**" في تعريف الإكتئاب أنه : حالة تتميز بالإنقباض في المزاج ، و إجتبرار الأفكار السوداء ، و الهبوط في الوظائف الفزيولوجيـة و يصـاحب الإكتئـاب المرض النفسي و أوجاع عقلية مرضية ، أو أحد طور المرض العقلي بذهان الهـوس و الإكتئاب ، و قد يحدث نتيجة التعرض لمشقة ما قبل المرضية لها .

أما **فرستر** FRESTER **(1973)** فيرى أن الإكتئاب هو إضطراب ناتج عن العجز الذي يلاقيه الفرد نتيجة للمواقف الإجتماعية المعقدة .

أما **سكينر** SKINNER فيرى أن الإكتئاب ظاهرة إنطفاء ناتجة عن الحرمان الكبير في التعزيزات الإجتماعية الإيجابية ، ووجود العزلة مما يجعل المظاهر الإكتئابيـة هـي القائمة بالتعزيز .

و يرى **بيك** BECK أن الإكتئاب عبارة عن إضطراب في التفكيـر فـي الناحيـة المعرفية ووجود أنماط تفكير خاطئة و سلبية تنتج عنها أعراض التنـادر الإكتئـابي . و يرى أن المكتئب يعاني من ضعف في كل من غرائز الحفاظ على الذات و إختفاء بعـض الدوافع البيولوجية الأساسية كالغضب و الجنس . كما تظهر لديه صعوبة في النوم ، كما أنه يفقد و تضعف لديه مشاعر الحب و الحنان و العطف ، كما تبدو مشاعره باردة أمـام وضعيات تتطلب السعادة أو الغضب ، و تكون سلوكاته إتجاه بعض المواقـف سـلبية و يبدي إتجاهها رغبة في التجنب و الهروب ، و يكون رغبة في تنمية للمـوت (1979) **،** BECK .

و يعرف **محمد شادلي (2001)** ، الإكتئاب بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن ظروف أليمة ، و تعبر عن شيء مفقود و إن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ، و الإكتئاب إضطراب وجداني يصيب الجنسين على السواء ، كما يصيب الكبار و الأطفال من كل المستويات الإقتصادية و الإجتماعية .

1- **الإكتئاب في حياتنا المعاصرة** :

يعاني الكثير من الناس من مرض الإكتئاب ، ففي الولايات المتحـدة الأمريكيـة وحدها هناك 20 مليون شخص يعانون من هذا الإضطراب ، و أن القليل مـنهم يتلقـى علاجا مناسبا ، و بين **كالان** CALLUN 1979 أن 8 ٪ من الذكور الذين يصل عمرهم

إلى 70 سنة معرضين للاصابة بأحد إضطرابات الإكتئاب ، أما الإنـاث فتقـدر نسـبة الإصابة بالإكتئاب 20 ٪ . و هذا في الولايات المتحدة الأمريكية .

و على المستوى العالمي تبين دراسات " **منظمة الصحة العالمية** " ، في دراسـتها المسحية للاكتئاب في العالم أن عدد المصابين بهذا الإضطراب يزيد عـن 200 **مليـون** SARTURUS , 1993 .

ففي دراسة مسحية وقائية على 39 **ألف** شخص موزعين على 9 مجتمعـات مـن الولايات المتحدة ، و **بورتوريكو** ، و غرب أوروبا ، و الشـرق الأوسـط ، و آسـيا و أستراليا تبين أن الإكتئاب ينتشر فيها بنسب متفاوتة . و أنـه يتزايـد فـي داخـل تلـك المجتمعات من جيل إلى جيل National collaboratrice graip , 1992 .

و نفس الدراسة السابقة بينت أيضا أن الإكتئاب أخذ يوسع من قاعدته خاصـة مـن الأعمار الصغرى ، و يلاحظ في السنوات الأخيرة ما يسمى بـ إكتئاب الأطفـال . فلمـاذا تزايدت نسبة الإصابة بهذا الإضطراب ، و لماذا أصبح الإكتئاب الآن ينتشر بمسـتويات عالية و في كل المجتمعات ، و في كل الأعمار تقريبا .

تفسير ذلك يقدمه لنا أصحاب المدرسة الإجتماعية ، إذ يرون أن من جملة الأسـباب نسبة الإنفصال و الطلاق بين الأزواج ، حيث تضاعفت هذه النسبة في الولايات المتحـدة الأمريكية و في غرب أوروبا و يرى البعض الآخر أن السبب يكمن في إفتقاد الفرد الآن إلى كثير من مصادر الدعم و الحماية ، فلم يعد الآباء قادرين على قظاء وقت أطول مـع أبنائهم ، كما كانوا يفعلون في السابق .

إضافة إلى ذلك ، فان مفهوم الأسرة الممتدة تقلص في كل المجتمعات تقريبا ، بمـا فيها المجتمعات العربية ، إذ كانت الأسرة الممتدة تحيط الفرد في مراحل نمـوه المبكـرة بالرعاية و توفير الأمن و مختلف الحاجيات حتى في غياب الوالدين ، لكن التغيرات التي أصابت العائلة أدت إلى حرمان الفرد في فترة مبكرة من النمو النفسي السوي و الـدعم و الرعاية الإجتماعية و التضامن التي كانت تقدم من قبل الأسرة .

و يفترض العلماء أيضا أن تزايد التلوث البيئي يساهم بدورها في خلق مناخ صـحي عام مضاد للصحة النفسية الإجتماعية معا . فالتلوث الجوي يساهم على نحو مباشر فـي

إثارة الكآبة و الضيق ، و على نحو غير مباشر يسبب الأمـراض التنفسـية ، و غيـر التنفسية التي يخلقها و التي ترتبط بزيادة نسبة الإكتئاب(DAYRINGER,(1995 .

و هناك ما يشير إلى إنتشار المخدرات ، و تعاطي الخمـور ، و الإدمـان علـى العقاقير الطبية و غير الطبية ، حيث يؤكد أن الإكتئاب ينتشر بكثرة في أوساط المـدمنين على مختلف أنواع المخدرات و المسكرات .

2- دراسة الإكتئاب :

أكد **ولسين** WULSIN ، 1996 . على خطر الإكتئاب في درجاته المرضـية على أنه لا يقل عن خطر الأمراض الجسمية الشديدة كأمراض الأوعية الدموية و القلب ، و يذكر من خلال دراسة مسحية على 11442 من المرضى الزائرين لعيـادات الرعايـة الأولية ، بينت أن مخاطر الإكتئاب سواء على المستوى المرضـى أو علـى المسـتوى العصابي تتساوى أو تفوق الأمراض الجسمية المعروفة بما فيهـا أمـراض القلـب ، و أمراض الروماتيزم ، و الكرى ، و أمراض الجهاز الهضمي .

و هناك دراسات أخرى تؤكد هذه الحقيقة ، و أن الإكتئاب في أي مـن درجاتـه يرتبط بالضعف في الوظائف البدنية و الإجتماعية جميعا .

و هناك أيضا علاقة بين الإكتئاب و الإنتحار ، فقد تبين أن نسبة الإنتحار بـين المكتئبين تزيد على غيرها لتصل إلى ما يقارب 15 ٪ و من بين كل حالات الإنتحار التي تتم ، تبين أن نسبة 80 ٪ منها تسود بينهم حالات الإكتئاب ، و لهذا نجد ما يشير إلى أن نسبة الوفاة المبكرة تزيد في حالات الإكتئاب ، ربما بسبب تعرض نسبة مـن المكتئبـين للانتحار (WULSIN ,1996 p 75) .

فضلا عن هذا يتبين أن فرص الشفاء من المرض الجسمي ، و إضطراب الوظـائف العضوية يطول إذا كان المرض مصحوبا بالإكتئاب ، بينما تزداد فـرص الشـفاء و العلاج السريع إذا كان المريض ذو المزاج المتفائل و المبتهج IBRAHIM , 1996 ، و تتفاقم لدى المرضى العاديين على نحو سلبي وظائف أخرى لها علاقتها بالشفاء السريع ، و ذلك مثلا ، أن المكتئبين يميلون إلى تضخيم إحساسهم بالألم ، كما أنهم أقل مـيلا إلـى متابعة العلاج الطبي و الإلتزام بالخطط العلاجية و الأدوية المطلوب أخدها . مما يساهم في تأثر علاجهم من الأوجاع و الأمراض التي تصيبهم .

3-1- **الإكتئاب و علاقته بالجنس** :

إن الحاجة إلى خدمات الصحة النفسية في داخل أي مجتمع تختلف من جماعة إلى أخرى ، حسب إنتشار الأمراض النفسية و توزيعها ، و كمثال على ذلك تبـين دراسـة الفروق بين الجنسين في غالبية الوجتمعات أن المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على الإضطراب النفسي خاصة الإكتئاب ، و تؤكد **كلبرتسون** COLBERTSON **،** 1997 ، أن النساء قد تفوق الرجال من حيث نسبة المعاناة و الإصابة بالإكتئـاب بمـا يعادل الضعف و أن هذه النتيجة تنطبق على الولايات المتحدة الأمريكية و على المستوى العالمي أيضا ، و تستشهد بدراسات أخرى تبين أن هذه النسبة قد تزيد على ذلك لتصـل مستوى الضعف في أقسام عيادات الطب النفسي .

كذلك فاقت نسبة المريضات من النساء ، نسبة المرضى من الـذكور فـي كـل أشكال إضطرابات الإكتئاب في عيادة خارجية للرعاية الأولية .

** و مع ذلك فهناك إختلاف بين الدراسات في تحديد نسب إنتشـار الإضـطرابات الإكتئابية المختلفة و ذلك تبعا لنوع الدراسة و أهدافها و فيما إذا درست فئـات إكتئابيـة أساسية أم فرعية و حسب الوسيلة التشخيصية المستخدمة . و تتـراوح نسـبة الإنتشـار السنوب Incidence ، أي الحالات الجديدة التي تعرض كل سنة حوالي **(0.27)** لكـل ألف شخص و تتراوح النسبة بين **(** 5.8 ٪ **و** 12.6 ٪ **)** في حـال أخـدت الدراسـات المتلازمات Syndromes الإكتئابية الخفيفة بعين الإعيبار .

أما نسب الإنتشار المكاني خلال شهر واحد فتقدر في البلدان الضاعية بـين **(** 2.3 ٪ **و** 3.2 ٪ **)** لدى الذكور و بين **(** 4.5 **و** 9.3 ٪) لدى الإناث , HAUTZINGER 1994 . و يقدر الدليل الإحصائي و التشخيصي الأمريكي DSM – IV نسبة خطر الإصابة بالإكتئاب الأساسي خلال مجرى الحياة **(** 10 ٪ و 25٪ **)** لدى النساء و بين (5 ٪ **و** 12 ٪) بالنسبة للذكور . و تتأرجح نسبة الإنتشار المكاني للاكتئاب الأساسي بين السكان بين (5**-**9 ٪) للنساء و **(** 2**-**3 ٪) للرجـال . و تشـير النتـائج إلـى أن الإنتشار الإكتئاب الأساسي لا يرتبط بالتأهيل و الإنمـاء العرقـي أو بالـدخل و الحالـة الأسرية SASS , HENNING , 1996 .

أما نسب الإنتشار عبر مجرى الحياة لإضطرابات عسر المزاج فتبلغ حـوالي 6 ٪، و حوالي 3 ٪ للانتشار المكاني .

و توجد تفسيرات حول إرتفاع نسب الإنتشار بين النساء أكثر من الرجـال ، لكنهـا غير محددة بالتدقيق ، و هناك دلائل تشير أن النساء لهن ميل للانتكاس أكبر من الرجال ، الأمر الذي يمكن أن تفسر إرتفاع نسب الإنتشار بين النساء .

و تظهر دراسات أخرى وجود تساوي بين الإنتشار بين الذكور و الإناث ، و يعود هذا إلى تزايد الذكور على التعبير على الحالة الإنفعالية مقارنة بالماضي .

و لا تتوفر معلومات دقيقة حول إنتشار الإضطرابات الإكتئابيـة فـي المجتمـع العربي يمكن الإعتماد عليها بسبب غياب التنسيق في بحوث للصحة النفسـية ، و لكـن توجد معلومات حول إنتشار أعراض الإضطرابات بنسب مختلفة ، و إنتشارها بين النساء أكثر من الرجال .**إبراهيم عبد الستار(1998)** .

ففي دراسة " **سامر رضوان .** 2000 " حول إنتشار الأعراض في عينات جامعية و غير جامعية تبين أن إنتشار الأعراض الإكتئابية عند الذكور يبلـغ (4.9 ٪) و عنـد الإناث **(** 7.9 ٪) و بين المتزوجين **(** 5.3 ٪) و بين العزاب **(** 9.6 ٪ **)** . كما تشـير الدراسة المطكورة أن الإناث يعانين من الإكتئاب درجة أشد مقارنة بالذكور ، فـالإنـاث يحصلان على درجات أعلى في المتوسط من الذكور . و من جهة أخرى تشير دراسـة " **بدر الأنصاري** 1998 " . إلى أن الذكور الموظفين قد حصلوا على متوسطات أعلى مـن متوسطات الإناث الموظفات .

و هناك تفسيرات أعطيت حول الأسباب التي أدت إلى إرتفاع معدل الإكتئـاب لـدى النساء أرجعها البعض إلى التكوين العاطفي للمرأة ، فهي دائما متعلقة بغيرها ، و الرجل كذلك و لكن الفارق في الدرجة و الأهمية ، فهي تتعلق بشدة بأمها و أبيها و أخوتها ثم بعد ذلك بزوجها و أبناءها و أحفادها . و هي تندمج بقوة في هذه العلاقات أكثر من الرجل و تصبح جزءا هاما من حياتها و بالتالي حين تفقد أيا من هذه العلاقات فانها تصاب بالحزن و الأسى و ربما تصل درجة الإكتئاب .

كذلك التغيرات البيولوجية و التي تتمثل في بدأ أول دورة شهرية في بدايـة العقـد الثاني من العمر ، و المرأة تمر بتغيرات هرمونية تتغير معها كمياء الجسـد و المـخ و

يزداد هذا الوضع مع الحمل و الولادة . و بعد إنقطاع الدورة تعاني من آثـار إنخفـاض مستوى هرمون الأستروجين في الدم . كل هذه التقلبات البيولوجية لا تدع للمرأة فرصـة لإلتقاط أنفاسها و تشكل نوعا من الضغط عليها إذا زاد عن حدود معينـة فانـه يهيئهـا للاصابة بالإكتئاب .

كذلك العمل المستمر فالوظائف التي تقوم بها المرأة و التي لا تعرف فترة الراحـة لأن متطلبات الزوج و الأولاد لا تنتهي ، و هي لا تأخذ راحة في نهاية الأسبوع و أيـام العطل بل تعمل أكثر في هذه الأيام في تنظيف المنزل و إعداد الطعام و عكذا بلا توقف . و حين يأتي الليل تسهر المرأة لرعاية طفل رضيع أو العناية بطفل مـريض ، ثـم هـي مطالبة بعد ذلك أن تستيقظ في الصباح الباكر و توقظ أبناءها للذهاب إلى مدارسـهم ثـم تتهيء للذهاب إلى عملها ، و حين تعود إلى البيت تتجه إلى تحضير الطعـام ، حتـى إذا فرغت من كل هذه الأعنال فان عقلها لا يتوقف عن التفكير حـول الأشـياء المرتبطـة بالمنزل و حول زوجها ، فهي التي تعرف كل إحتياجات البيت و الأولاد بكل التفاصـيل الدقيقة . **محمد المهدي** (2002).

بالإضافة إلى ذلك فان المرأة معرضة بسبب ما ذكرناه من قبل إلى أنـواع مـن الإكتئاب ، مثل الإكتئاب الجسيم Major Dépression ، و إضطراب إعتدال المـزاج Dythymic Disorder كذلك إكتئـاب مـا قبـل الـدورة الشـهرية Dysphoric Permenstrual Disorder و الذي يصيب حوالي 30 ٪ من النساء ، و الإكتئـاب أثناء الحمل Dépression Duringpregnang و الذي يصيب حـوالي 10 ٪ مـن النساء ، و إكتئاب بعد الولادة Postpartum Dépression و الذي يصيب مـن 10-20 ٪ من النساء بدرجاته المختلفـة . و أخيـرا إكتئـاب مـا بعـد الـدورة الشـهرية Postmenopousal Dépression و الذي يصيب 10-15-٪ من النساء .

2-3- الدراسات العربية حول الإكتئاب :

توجد عدد من البحوث النفسية العربية التي تناولت الإكتئـاب و علاقتـه بـبعض المتغيرات النفسية و الشخصية كدراسة **غريب عبد الفتاح غريب** ، و دراسة **أحمد عبـد الخالق** و **مياسة النيال** ، و دراسة **محمد نجيب أحمد الصبوة** و **أحمد عبـد الخـالق** ، و دراسة **عويد سلطان المشعان** ، كذلك دراسة **عبد الله عسكر** حول تشخيص الإكتئـاب و

غيرها ، و قد قدمت مجموعة كبيرة و مهمـة مـن المبـادئ التـي تحـاول تفسـير الإضطرابات الإكتئابية منها مبـادئ التفسـير القائمـة علـى العوامـل البيولوجيـة و البيوكيميائية (كالوراثة و هرمونات محيط الكدر و هرمونات الغدة الدرقية و التبدل فـي المستقبلات العصبية و فرضيات الكاتيكولامين و السيروتونين ...الخ) و النماذج النفسـية التي تقوم على العوامل النفسية (كالشخصية و العوامل الإجتماعيـة و أحـداث الحيـاة الصدمية و ظروف الحياة الصعبة و فقدان الدعم و خبرات اليأس ...الخ) .

و هناك دراسات حديثة حول هذه الإتجاهات منها دراسـة حديثـة تبـين إنتشـار الإكتئاب ووجود إضطراب الإكتئاب بين الطلاب في إحدى الجامعات السعودية باسـتخدام المقاييس النفسية و بينت ما يلي : الميل إلى اللوم الذاتي 64 ٪ ، الشعور بالعجز 52 ٪ ، فقدان الشهية 49 ٪ ، إضطراب النوم 38 ٪ ، و قد عبر أفراد كثيرون من نفس العينـة عن أعراض أخرى تتضمن إتجاهات مرضية منها : العجز عن التركيز **54** ٪ ، الخجل 53 ٪ ، التشنج عند إثـارة الأعصـاب 42 ٪ ، و الصـعوبات الدراسـية 33 ٪ (IBRAHIM , ALNAFIE , 1991 **)** .

وفي دراسة مسحية لمدى إنتشار الإضطرابات النفسية بما فيها القلق و الإكتئـاب و العداوة النفسي للمرض قام **رضوان إبراهيم وعبد الستار إبراهيم** 1997 بتطبيق مقاييس مقننة للاكتئاب و القلق على عينة مكونة من 1024 من الإناث ، و 989 من الذكور مـن أطر ثقافية ، و إجتماعية متباينة بالمنطقة الشرقية في العربية السعودية ، و بالرغم مـن الفروق بين الذكور و الإناث لم تكن ضخمة ، إلا أن النساء سجلن درجات مرتفعة عـن الذكور في كل المتغيرات المرضية ، و قد إزدادت هذه الفروق بشكل جوهري بين من هم أصغر ،أي بين طالبات المدارس الثانوية و الطالبات الجامعية ، بينما كانت أقل الدرجات في الإكتئاب لدى النساء العاملات ، و تبين هذه النتيجة شيئين:

1- أن جنس الشخص ذكرا كان أم أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عـن إرتفـاع الإكتئاب ، وإنما يبدو أن الضغوط النفسية و الإجتماعية التي تقع على فئة دون فئة أخرى ، والإحباطات المرتبطة بالنمو الإجتماعي ، والرغبة في تحقيق الأحـلام ، ما تجده هذه الرغبة من معوقات إجتماعية أو نفسية ، هي المسـؤولة عـن هـذا الإرتفاع .

2- إن الدراسات النفسية في المجتمعات العربية بينت أن الإصابة بمرض الإكتئاب ليس بالضرورة مرض يصيب كبار السن فقط بل وجد أن نسبة عالية من الأمراضالنفسية بما فيها القلق و الإكتئاب تصيب صغار السن ، و شباب المدارس الطور المتوسط و الثانوي و حتى الجامعي ، ووجد كذلك أن أكثر الذكور تعبيرا عن الإكتئاب و النزوع المرضي بين طلاب المدارس الثانوية .

و هناك تفسيرات لهذا الإتجاه ترجع إلى أن الشباب في هذه المرحلة ما يزالون يحملون الكثير من الضغوط و أزمات مرحلة المراهقة ، و من ثم فهم يعانون من كل ما يتعرض له المراهقون من تغيرات جنسية ، و نمو و إحباطات مصاحبة لهما تظهر في الإرتفاع في مستويات الإصابة بالإضطرابات النفسية المختلفة بما فيها الإكتئاب .

- و هناك دراسة أخرى عن القلق قام بها **عبد الخالق** (1994) تؤيد الفرضية و تبين أن المراهقة و تغيرات النمو ربما تكون مسؤولة إلى حد ما عن إرتفاع مستويات المرض النفسي بين المراهقين ، حيث تبين أن درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن 11 سنة ثم تأخذ في الإرتفاع الحاد إلى المراحل الأخرى من العمر ، و تصل أقصى درجتها في سن المراهقة ، مما يشير إلى أن المرأة في العالم العربي تعتبر من حيث لغة الصحة النفسية من أكثر الجماعات إستهدافا لمخاطر الإضطراب النفسي و الإكتئاب ، و تزداد مخاطرها في مراحل مختلفة من العمر خاصة في المراهقة .

لكن هناك أيضا ما يؤكد أن المراهقة في حد ذاتها ، لا تشكل بالضرورة مرحلة أزمة لكل من يدخل فيها من المراهقين (**إبراهيم** 1997) ، و من ثم فقد تكون مسؤولة في حد ذاتها عن الإضطراب الذي نجده يشيع في هذه المرحلة ، غهي مرحلة تحولات و نمو في الجوانب النفسية و الجنسية و الإجتماعية ، إلا أن المشكلة هي ما تحدثه المراهقة من ردود أفعال إجتماعية ، و تبين دراسة بين الأمراض النفسية و المتغيرات الديموغرافية في البلاد العربية أن الجناعات في الطبقات الإجتماعية المنخفضة ، و من ذوي الدخل المحدود ، و الأفراد غير المتزوجين من أكثر الجماعات عرضة للاصابة بالأمراض النفسية و العقلية كالإكتئاب ، و القلق و العدوانية ، مما يجعل أفراد هذه الجماعات عرضة لأخطار الأمراض النفسية أكثر من غيرهم .

كما أن هناك إعتقاد من أن الضغوط و الإحباطات النفسية لهـا دور أكبـر مـن الفروق الجنسية و البيولوجية بين الذكور و الإناث و التغيرات البيولوجية المصاحبة للنمو و الإنتقال لفترة المراهقة .

إن الإكتئاب ينتشر خاصة في الطبقات الفقيرة ، لأن الضغوط النفسـية الإجتماعيـة المصاحبة للفقر وإنخفاض الدخل تزيد على مثيلاتها فـي الطبقـات العليـا ، إن زيـادة الضغوط النفسية و الإجتماعية تخلق مناخا سلبيا يساعد على تفاقم الأمـراض النفسـية و إنتشارها بما في ذلك حالات الإكتئاب .

4- التعرف على الإكتئاب و تشخيصه :

عندما يذكر الإكتئاب يذكر معه كثير من خصائص إضطراب نفسـي ، بمـا فيهـا المزاج المتوتر و التشاؤم ، و الشعور بالهبوط و العجز ، و بطئ عمليـات التفكيـر و بطئ التذكر ، و إسترجاع الذكريات الحزينة ، فالإكتئاب يعبر عن تلك الآلام النفسـية و الجسمية التي يقوم المكتئب باسترجاعها طول الوقت . و مع ما ذكرناه من قبل فان تحديد طبيعة الإكتئاب و نوعه لا يكون سهلا ، لأن له أعراض نتعددة جسمية و نفسـية تشـبه أعراض أمراض أخرى ، و لهذا نجد المختصين في المجال النفسي يولون إهتماما كبيـرا للتعرف على الإكتئاب من خلال تقنيات و أدوات تشخيصية تميز بيم مختلـف أصـناف المرض و الأعراض المصاحبة له .

و تأخد هذه الأدوات و التقنيات لتشخيص الإكتئاب و الإضطرابات النفسية الأخرى شكلين :

4-1- الشكل الأول :

و هو ما يعرف بطرق الفحص النفسي الإكلينيكي ، و يتمثـل بلقـاء المـريض و يطرح عليه مجموعة من الأسئلة المنهجية حول الظروف الإجتماعية و النفسية و الطبيـة المرتبطة بما يعاني منه ، و بالرجوع إلى الأدلة التشخيصية للأمـراض الموجـودة فـي المراجع العلمية و الخبرة التي يتوفر عليها يقوم بتشخيص طبيعة الحالة .

و كذلك من ضمن تلك المراجع المرشد التشخيصي و الإحصائي الرابع . DSM IV الذي أصدرته جمعية الطب النفسي الأمريكيـة عـام (1994) ، و تصـنيف آخـر أصدرته منظمة الصحة العالميـة ، و المعـروف باسـم التصـنيف العـالمي العاشـر

للاضطرابات النفسية (W.H.O, 1991 ICD 10) و يضف كل مـرض نفسـي أو عقلي و الأعراض المصاحبة .

و كل هذه التصانيف تكشف عن أوجه الإختلاف و التمايز بين هذه الأمراض و الجماعات و الأفراد المستهدفة .

4-2- **الشكل الثاني** :

يعتمد هذا الشكل على القياسات في التعرف على الأمراض النفسية و العقلية بمـا فيها الإكتئاب . فاستخدم المقاييس النفسية و السلوكية المقننة تكشف جوانب من الأنمـاط السلوكية و تفاعله و طبيعة الإضطراب الذي يعاني منـه , ABBOTTE , WELLER , WALKER (1994) .

كذلك فان المقاييس يمكن أن تقيم الأساليب العلاجية على نحو فعال ، و من ثن فان إعادة تطبيق مقياس الإكتئاب مثلا ، أو إستعمال أسلوب معين في العلاج النفسي سـيمكننا من تحديد فاعلية كل أسلوب في العلاج ، و من ثم يمكن تعديله أو إستبداله .

5- **تصنيف الإكتئاب** :

تتميز الصورة المرضية للاكتئاب بأنها جد معقدة ، و يمكن تقسيمها و تصنيفها في أشكال مختلفة و متنوعة ، و تتصف بعدد كبير من الأعراض الجسدية و النفسـية غيـر المتجانسة التي تظهر مع بعضها البعض . ويصعب الإتفاق على تصنيف نظـام موحـد للاضطرابات الإكتئابية ، و إن كان هناك إتفاق على الخطوط الرئيسية العامة . ففي الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM . IV الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA تصنف الإضطرابات الإكتئابية ضمن طائفة الإضطرابات الوجدانية التي تشـتمل على طائفة الإضطرابات وحيدة القطب و طائفة الإضطرابات ثنائية القطب . و تحتـوي طائفة وحيدة القطب على فئة الإكتئاب الأساسـي Major Dépression (فـي الفئـة التصنيفية رقم 296) ، و إضطراب عسر المزاج Dysthmic Disorder ، الذي كان يسمى في السابق العصاب الإكتئابي (في الفئة التصنيفية رقـم 300.4) و إضـطراب إكتئابي غير محدد بدقة (في الفئة التصنيفية رقم 311) و هناك تقسيمات فرعية تتضمنها كل فئة من الفئات .

** و في الدليل العاشر ICD.10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO تم تصنيف الفئات المذكورة سابقا بشكل مختلف قليلا . فالإكتئاب الساسي صنف تحت الفئة التصنيفية " طور إكتئابي خفيف " تحت رقم (**F32. XX)** و إضطراب إكتئابي إنتكاسي تحت رقم **(** F 33. XX **)** ، و صنف إضطراب عسر المزاج في الفئة التشخيصية رقم (F 34 .1) ، في حين وضع التصنيف إضطراب إكتئابي غير محدد بدقة كشكلين من أشكال " الطور الإكتئابي الخفيف " و " الإضطراب الإكتئابي الإنتكاسي " تحت رقم **(** F 32 . 9**)** (F33.9)) . **إبراهيم عبد الستار (**1998 **).**

** إن أعراض الإكتئاب أو الكآبة المشخصة طبيا قد لا تختلف من حيث النوع عن تلك التي تظهر على المكتئبين (العاديين) ، غير أنها تختلف بالتأكيد من حيث درجة حدتها ، فخبرة الإحساس باليأس عند الكآبة الحادة تكون قاسية على المصاب بها . حيث يفقد الأمل تنعدم فيه الرغبة في المتعة و السرور ، و ربما ينهي به أن يضع حد لحياته .

و هناك عرض آخر قد تتصف به الحالات الحادة من الهوس و الإكتئاب و عندما تفرز هذه الحالات على المزاج العادي تنتج عنها الأوهام و الوساوس ، من معتقدات كاذبة و الإدراكات الخاطئة أيضا ، و غالبا ما تكون هذه أوهام الشخص بالهوس تدور حول نفسه .

أما عن الجانب المعاكس لهذه الحالة ، فهناك المصاب بالهلاوس الإكتئابية الذي ربما سيقول لك بأنه لا مضطهد و يشعر بالندم بسبب خطاياه و أنه مصاب بأمراض خطيرة ... .

غير أن الخاصية المميزة للاضطرابات الوجدانية الحادة هي نوعية حدوثها ، ففي أيام محدودة يتحول الفرد الذي كان يتصرف بشكل عاد إلى حالة من اليأس و قد يصل إلى الهوس .

إن الظروف التي تحدث فيها الكآبة الرئيسة أو الحادة يأخذها تدريجيا ربالمقارنة مع حالة الهوس ، غير أنه تحصل في بعض حالات الصدمة النفسية الحادة أن يقع الفرد بالكآبة في غضون ليلة واحدة ، غير أن بداية الإصابة بالكآبة أو الإكتئاب الحاد يكون بصفة تدريجية تستمر لمدة أسابيع أو شهر ، لكن الحالات السائدة في الكآبة تستمر لفترة أطول من حالات الهوس . كما أنها تنتهي كما بدأت بصورة تدريجية أيضا ، و عندما يقع

الفرد في الكآبة تظهر عليه تغيرات ليست فقط في مزاجه إنما في وظائفـه الجسـمية و الحركية .

5- الكآبة الرئيسية أو الحادة :

5-1- خصائصها و أعراضها :

5-1-1- المزاج المكتئب :

يعد المزاج المكتئب الصفة الضرورية اللازمة لتشخيص حالة الكآبـة الرئيسـية ، فمعظم الراشدين المصبين بها أفادوا بإحساسهم بالحزن و فقدان السعادة BECK, 1967 ، و الشعور بالضجر الذي يصل إلى حالة الإحساس بالعجز التام (BOOTZIN et ACOCELLA) ، إذ يصف الفرد نفسه بأنه يشعر باليـأس العزلـة النفسية .

أما الفرد المصاب بكآبة معتدلة صغرى ، فانه غالبا ما ينتابه حالـة البكـاء التـي يستسلم لها ، فيما لا يستطيع أن يبكي الفرد المصاب بكآبة حادة رغم رغبته في البكـاء (MENDELS , 1970) ، فيما يرى الشخص المصاب بالكآبة الحادة بأن حالته ميؤوس منها SARWER , 1966 ، و بالتالي فانه يكون غير قادر على مسـاعدة نفسـه و لا بإمكان أحد آخر أن يساعده ، و يطلق على هذا النوع من التفكير " العجز و اليأس(1968 , ENGEL) .

5-1-2- إضطراب الشهية :

معظم المكتئبين يعانون من ضعف الشهية و نقص الوزن ، غير أن بعضا منهم ، و خاصة أؤلئك الذين كانوا قد إتبعوا نظاما غذائيا يميلون إلى أن يأكلوا اكثر فيزداد وزنهـم POLIVY et HERMAN , 1975 .

5-1-3- إضطراب النوم :

يعد الأرق الصفة العامة البارزة في الإكتئاب ، و أكثر حالاته هي الإسـتيقاظ مـن النوم بعد مدة قصيرة ، و عدم القدرة على العودة لمواصلته .

أما الحالات الأخرى فهي قدرة المكتئب على النوم عندما يضع رأسه على الوسادة ، أو الإستيقاظ عدة مرات في الليلة الواحدة .

كما يحصل في إضطراب الشهية ، فان أعراض المكتئبين ينامون لمدة طويلة قد تصل إلى 15 ساعة في اليوم أو أكثر .

5-1-4- البطىء الحركي أو الإثارة :

يمكنك أن تتعرف على الكآبة في شخص صاحبها من سلوكه الحركي و تحمله البدني . و أكثر أنواعها إنتشارا " الكآبة المعوقة Retarded Dépression " حيث يبدو على المريض تعب ثقيل و شامل يمنعه عن القيام بأفعال نشطة أو تلقائية كما يفعل الناس العاديون .

و يمكنك أن تعرف الشخص ما إذا كان مكتئبا عندما يكون جسمه في وضع منحني (خاصة الرأس) ، و حركاته بطيئة ، و نضرته غير منسجمة و كلامه بطيئا و متعلثما ن و يتوقف طويلا قبل الإجابة عن سؤال أو إستفسار . و في حالات الكآبة الحادة ، يكون حال المصاب بها مثل المعاق ، غير أنه تظهر في حالات نادرة أعراض عكسية لهذه ، و يطلق عليها الكآبة الهيجانية ، تتصف بالنشاط المتواصل و عدم اللاداحة من قبيل ، تشبيك اليدين ، المشي في المكان الواحد كثيرا ، الكلام المصحوب بحركات عصبية الشكوى ، و النواح و العويل BOUTZIN et ACOCELLA

5-1-5- فقدان المتعة أو الميل إلى النشاطات العادية :

يصاحب الإكتئاب في الغالب نقصان في الدافعية ، سواء في مجال العمل أو رعاية الأطفال ، و حتى المناقشة مع الأصدقاء ، كما ينخفض و بشكل واضح الدافع نحو الجنس . أما بداية إنخفاض الدافعية بشكل عام فقد تأخد شكل الحالة الآتية لسيدة أصيبت بالكآبة ، حيث وصفت حالتها تقول " بدأت غير قادرة على عمل أشياء كنت أعملها ببساطة ، مثل الطبخ و غسل الملابس و العناية بالأطفال ......و هناك شيء أخافني جدا هو عدم قدرتي على القراءة . كما أنني أخدت أستيقظ مبكرا قبل المعتاد ، و أشعر أنني غير قادرة على إرتداء ملابسي .... ومهما تكن الخطوة بعدها فأنا أشعر بأنني غير قادرة عليها "

إن بداية إنخفاض الدافعية تظهر في النشاطات المرتبطة بالمسؤوليات الإجتماعية. و قد يمر المرضى المصابون بكآبة حادة بخبرة " شلل الإرادة " أي عدم القدرة على تحريك أنفسهم أو عمل أي شيء ، كما في حالة المرأة التي ذكرناها من قبل .

5-1-6- فقدان الطاقة :

يصاحب إنخفاض الدافعية في العادة إنخفاض حاد في مستوى الطاقة ، فـالمريض المكتئب قد يشعر بأنه منهمك طوال الوقت بالرغم من أنه لم يفعل شيئا .

5-1-7- الشعور بعدم القيمة و الذنب :

يشعر المكتئبون بالفزع ليس فقط في الحياة ، بل و من أنفسهم أيضا ، و هم يـرون أنفسهم ضعيفين أو عاجزين حتى إذا كانت لديهم قدرات ، مثل الذكاء ، الصحة الجيـدة ، قوة الجسم ، و المهارة الإجتماعية . قد يعكس إحساسهم بعدم كفاءتهم الشخصـية 1967 BREED , ، و غالبا ما يصاحب هذا الشعور إنعدام القيمة أو الإحساس بالتفاهة ، شعور حاد بالذنب فالمكتئبون يبالغون في الحديث عن ما أصابهم من فشـل فـي الماضـي أو الحاضر .

5-1-8- صعوبة التفكير :

كما هو الحال مع العمليات الجسمية ، فان العمليات تنخفض عادة فـي الكآبـة ، و غالبا ما يذكر المكتئبون بأنهم يعانون من صعوبات في التفكير و التركيز و التذكر .

5-1-9- أفكار حول الموت :

تراود الكثير من المكتئبين كثيرا بسبب حالتهم الإنفعالية 1967 , BECK ، فغالبـا ما يقولون بأنه من الأفضل لهم لو كانوا ميتين . و في الواقع فان بعض منهم يقدمون على قتل أنفسهم أو محاولة القيام بذلك .

و بالنسبة للاضطرابات المرضية فان مرض ذهان الوجدان Affect Paychosis يطلق على الهوس و الإكتئاب ، و يشمل الإضطرابات إلى حالة الحزن الشديد .

و يقسم المرشد التشخيصي الإكلينيكـي لجمعيـة الطـب النفسـي الأمريكـي هـذه الإضطرابات الخاصة بمرض الهوس و الإكتئاب إلى ثلاثة أنواع هي :

I- **الإضطرابات الوجدانية الكبرى :** و تحتوي على أعراض وجدانية عامة و شاملة ، و تتوزع هذه الإضطرابات إلى صنفين من الذهان الوجداني هما :

1- **نوبة الهوس** :

و هي حالة ذهانية لا عضوية ، و لا تعود إلى أسباب بايولوجية محددة ، و تعتبـر خطرة على حياة الفرد المصاب ، و هذه الحالة تأخذ مستويات مختلفة هي :

أ- الحالة الأقل من الحادة Hypomania : و يتصف المصاب بها بالنشاط المستمر دون أن يشعر بالتعب أو الإرهاق ، كما يتصف باحتكار الحديث عندما يتحدث مع الآخرين ، و لا يتقبل أفكارهم ، و غالبا ما يزج نفسه في أمور لا تعنيه و يعبر عن عواطفه .

ب- الحالة الحادة Auto- mania : و يتصف سلوك المصاب بها بنوبـات طارئـة و عنيفة من الهذيان بحيث يعجز عن القيام بأي عمل خلال هذه النوبة ، فهو عندما يريد أن يعبر عن سعادته أو حزنه يعبر عنها بطريقة هياجية و يصاحب هذا الوضـع الإنفعـالي نوبات شرود الذهن و فيها لا يستطيع أن يشخص المكان و الوقت و الأشخاص خلال تلك النوبة . و يصاب هنا المريض بايصابات جسمية من جراء هذه النوبة الشديدة . و هكـذا يبدو الإرتباط بين حالة الهوس و الشعور بالإكتئاب هو إرتباط تلازمي .

ج- الحالة الأعلى من الحادة Hyper – mania : و يتصف سلوك المصاب بها بالعنف في تصرفاته و يكون خطرا على الآخرين ، فهو سريع الإنفعال و غاضب و متـوتر . و أن هذه الحالات تلازمه فترة غير قصيرة من الوقت يصاحبها الرغبة فـي العـدوان . و عندما يجد نفسه لا يستطيع ان يفرغ بهم يميل إلى تحويل قدر كبير من غضبه إلى نفسه . و هذه الحالة يطلق عليها بالذهان الدوري . و المريض في هذه الحالة يكون دائم الإنفعال و يستخدم ألفاظ غير مقبولة إجتماعيا ، فهو يضحك كذلك و لا يستطيع أن يـتحكم فـي نفسه، و كذلك عندما يبكي . و ينتقل بعد هذه الكآبة ، و الهدوء المبالغ فيه ، و لا يرغب في سماع أي شيء ، و لا يطلب ما يحتاجه ، و يعود إلى حالته الأولى .

2- **نوبة الإكتئاب الحاد** :

و تكون شديدة و مصحوبة بأعراض ذهانية أخرى و ملانكوليا (حزن عميـق و أسباب غير معروفة) .

II- **الإضطرابات الوجدانية النوعي** :

و تشمل نوعين من الإضطرابات هما :

1- إضطرابات متفاوتة بين الهوس و الإكتئاب : و تكون غير شديدة ، و غير مستمرة.

2- إضطرابات إكتئابية عصابية : و تكون خالية من أعراض الهوس ، و أيضـا غيـر شديدة و لا تتصف بالإستمرارية .

III- **الإضطرابات الوجدانية غير المحددة** Atypical Effect Disorders :

و تشمل أنواع متعددة من الإضطراب الوجداني ، و تبدو أنها مبعثرة بحيث يصعب تصنيفها في أي من الفئات المذكورة .

و بالنسبة لإضطراب الكآبة الرئيسية و تعتبر كنمط لإضطراب وجـداني يتصـف بأحداث إكتئابية واضحة من دون أن يصاحبها أحداث هـوس ، و هنـا الإضـطراب يتضمن مشاكل صحية كبيرة و خطيرة ، إذ تأتي في المرتبة الثانية بعد الفصام (السكنوفرينيا) فيما يخص الحالات التي تدخل مستشفيات الصحة العقلية و النفسـية ، غير أنها تأتي في المرتبة الأولى فيما يخص المرضى الخارجيين أي الحالات التي تراجع العيادات النفسية حيث ثلث هذه الحالات هي حالات كآبة رئيسية ، و في ذلك في المجتمع الأمريكي (1975) , WOOD RUFF.

و تشير الإحصائيات أن 50 ٪ من حالات الكآبة الرئيسية تكون الإصابة بها الأولى و الأخيرة ، أما 50 ٪ الأخرى فان الكآبة تعيد الظهور و ربما لمرات عديدة . فالإصـابة بالكآبة مرتبط بمتغيرات كثيرة . فقد تكون عند بعض الناس متراكمة مع بعضها البعض ، كما تكون عند آخرين منفصلة عبر سنوات من العمل الوظيفي اليومي، و فـي بعـض الحالات تتناقص تكون حدوث الكآبة بتقدم العمر ، فيما يكون الحال بعكس ذلك في حالات أخرى . إذ يزداد تعرض الإنسان للكآبة كلما تقدم به العمر ، و تؤدي الكآبة الرئيسية إلى إختلال التوازن النفسي و عدم الثقة في النفس كما أنه تأثر العلاقات الأسرية و الزوجية و تعرقل نجاح الفرد في المدرسة و العمل .

الإضطراب ذو القطبين :و هو ذلك الإضطراب الوجداني التي تظهر فيه أمراض الكآبة أو الإكتئاب و الهوس معا بالتناوب ، ففي الحالة العادية من هذا الإضطراب يظهر أولا فـي شكل **هوس** Mania –Episore فيما تحدث الأحداث اللاحقة بنمط آخر من الإضطراب ، فتبدأ حادثة الهوس ، فترة طبيعية أخرى ثم يليها الإكتئاب كمرض متبوعة مباشرة بـين فترات زمنية معينة ، و يطلق على هذا النوع من الإضطراب المزيج حيث تتـدخل فيـه أعراض الهوس بأعراض الإكتئاب في وقت واحد و هذا نادرا ما يحدث .

*** غير أن مظاهر الهوس ليست الخاصية الوحيدة التي تميز إضطراب القطبـين عن الكآبة الرئيسية فهناك إختلافات أخرى بين الكآبة الرئيسية أو كآبة القطب الواحد ، و بين الإضطراب ذو القطبين (الكآبة المصحوبة بالهوس) و هي كالتالي :

1- إن إنتشار الإضطراب ذو القطبين أقل كثيرا من إضطراب الإكتئاب الرئيسية ، إذ لا تتعدى نسبة 1.2 ٪ من مجتمع الراشدين .

2- هناك إختلاف بينهما تبعا لمتغير التوزيع الديموغرافي (السكاني) ، إذ يحدث الإضطراب ذو القطبين بين الذكور و الإناث بنسب متقاربة ، بينما الكآبة الرئيسية بين النساء أكبر من النسبة لدى الرجال ، بينتما تكثر حالات الإصابة بالكآبة الرئيسية في الفئات السكانية الفقيرة فان الإضطراب ذو القطبين تكثر حالاته بين الفئات السكنية الغنية .

3- أن الأشخاص المتزوجين أو الذين لهم علاقات حميمة يكونون أقل عرضة للاصابة بالإكتئاب ، بينما لا تؤثر هذه العلاقات في شيء بالنسبة لحالات الإضطراب ذو القطبين .

4- يمكن أن تصيب الكآبة الرئيسية في أي مرحلة عمرية ، فيما لا تحصل حالة الإصابة بالإضطراب ذو القطبين إلا بعد سن 30 في العادة .

5- يكون السياق الذي يحدث فيه الإضطراب مختلفا ، ففي الإضطراب ذو القطبين تكون الحادثة قصيرة و مكثفة بشكل عام و أكثر تكرار بالمقارنة مع حالات الكآبة الرئيسية .

6- يكاد يكون الإضطراب ذو القطبين أن يكون محصورا في عوامل محددة ، فيما لا يكون الأمر كذلك بالنسبة للكآبة الرئيسية CROSS et HIRSCH FELD 1978 , MONER et DEPUE ,1980 : DSM III-1982 .

و بما أن الحادثة الأولى في الإضطراب ذو القطبين تبدأ بحالة الهوس ، فان الشخص الذي يمر بحادثة هوس مد دون أن يكون له إضطراب وجداني سابق واضح و بارز ، و يضف في العادة على أنه إضطراب ذو القطبين أي أنه مصاب به، و يتوقع له أن يصاب بحالة إكتئاب رئيسية ، و مع ذلك فانه لا يحصل أن يكون الأمر كذلك ، إذ قد يحصل العكس ، و يشفى الشخص ، و لا تمر به فترات من التمزق الوجداني ، و هي حالة نادرة أن يمر الفرد بسلسلة من النوبات أو حالات الهوس دون أن تتخللها نوبات أو حالات إكتئاب BOOTZIN et OCOCELLA .

و لقد أسفرت نتائج الجهود العلمية التي بذلها المختصين بدراسة الإكتئاب من وجود تصنيفات متعددة لهذا الإضطراب ، إلا أن التصنيفات و أن تعددت إلا أنها متفقة من حيث التشخيص و التحليل و المعالجة ، و من بين تلك التصنيفات الذي قدمه **أرون بيك** ARON BECK و حدده في المظاهر التالية :

1- **المظاهر الإنفعالية** :و تتضمن فقدان القدرة على الإستمتاع بالحياة و مباهجها ، و ضعف الثقة بالنفس .

2- **المظاهر المعرفية** : و تتضمن سلبية مفهوم المريض لنفسه ن وتوجيه اللوم لنفسه و تضخيم المشكلات ، و إنعدام القدرة على إتخاذ القرارات و الحسم و ضعف الإحساس بالقيمة الذاتية .

3- **المظاهر الدافعية** : و ضعف القدرة على الإنجاز ، و إنعدام الميل نحو المثابرة و الطموح لتحقيق أهداف الحياة و متطلباتها ، و الشلل في الإرادة ، و الرغبة في الهروب من الواقع و تجنيد فكرة الموت ، و تزايد الميول الإتكالية .

4- **المظاهر الجسمية** :و تتضمن الشعور السريع بالتعب و الإرهاق ، و فقدان الطاقة الجنسية و كثرة نوبات الأرق .

و هناك تصنيفات أخرى مختلفة صنفت الإكتئاب حسب المصدر و الشدة و السبب و الأعراض ، و منها ما يلي :

1- **إكتئاب خارجي المنشأ** Exogenous Dépression

و هذا النوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف تاريخية مثل موت شخص عزيز ، أو حدوث خسارة مالية ، و ظهر هذا المصطلح للاثارة ما إذا كانت الكآبة مسبوقة بحادثة ساهمت في حدوثها ، كاصابة في حادث فهي مرتبطة بموقف خارجي و بالتالي فهي مصدرها الخارجي .

2- **إكتئاب داخلي المنشأ** Endogenous Dépression :

و هذا النوع يختلف عن السابق ، إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري و لكنه يرجع إلى إضطراب في الجهاز العصبي المركزي ، بخلاف الإكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عن إظهارها ، و ذات تأثير مباشر فيه ، و أن الإكتئاب الداخلي المنشأ هو الإكتئاب الذي يطلق عليه مصطلح الذهاني .

و هناك أصناف أخرى للاكتئاب و هي مصنفة كالتالي :

1- **الإكتئاب العصابي (النفسي) -** Neurotic - Dépression:

و ملامحه الأساسية هي شعور الفرد بالحزن ، و الرغبة في البكـاء ، و إضـطراب النوم ، و فقدان الشهية للطعام ، وإنهيار الطاقة الجنسية ، و نقص واضح في الـوزن ، و الإمساك ، و السرعة في ضربات القلب ، و الإنسحاب ، و الشك و الشعور بالتشـاؤم و ندرة التفاؤل ، و الشعور بالإنهاك و سرعة التعب ،و الإهتياج الإنفعالي و ضعف القـدرة على الحسم و إتخاذ القرار ، و ضعف الإحساس بالقيمة الذاتية ، و خفض الدافعيـة ، و اليأس السريع ، و هذا الإكتئاب يمكن إعتباره معتدل الشدة مصحوب بالقلق و يخلو مـن الأعراض الذهانية .

2- **الإكتئاب الذهاني** Psychotic Dépression:

وأعراضه التامة ، و شعور دائم بالقلق دون أسباب واضحة ، و تشاؤم مسـتمر و إنعدام التفائل ، الضجر و السأم و اليأس ، و فقد الميول و الرغبات و فقد الأصدقاء ، و إضطراب النوم يصاحبها كوابيس ، و الشعور بالذنب ، و تحقير الذات ، و حزن ثابت و حاد ، و إنعدام قيمة الحياة ، و أفكار إنتحارية .

و قد عبر أحد المرضى عن الإنتحار في العبارة الآتية (شقاوتي فادحة لدرجـة أن معنى الحياة قد فقد و أشعر بالألم لا يريحني منه إلا الموت) ، القصور الجنسـي عنـد الرجال ، و البرود الجنسي و إنقطاع الطمث عند النساء ، و الصداع ، و الإمسـاك، و توهمات الإثارة والإضطهاد . و يعتبر هذا الإكتئاب حاد الشدة و يحتوي على أعـراض ذهانية و بيولوجية .(**أديب الخالدي** 2001) .

إن الفرق بين الإكتئاب الذهاني : هو أن الأول أقل حدة من الثاني ، و أسبابه لا تعود إلى ماضي المصاب و طفولته كالثاني و أن المريض بالإكتئاب العصابي يستطيع أن يواصل حياته المهنية و الإجتماعية . في حين لا يستطيع ذلك المصاب بالإكتئـاب الـذهاني ، و المريض بالإكتئاب العصابي لا يزيد من حدة التقليص من قدر نفسه أو الشك في قدراته و الإنتقاص من ذكائه ، كالمريض بالإكتئاب الذهاني ، ضف إلى ذلك أن المريض بالإكتئاب العصابي يشكو من إستغلال الآخرين له أو إستخفافهم به . بينما المـريض بـالإكتئـاب

الذهاني يشعر حقيقة أنه شخص تافه ، و أن الذنب هو ذنبه و ليس ذنب الآخرين في كـل ما يواجهه من مشاكل .

** و المريض بالإكتئاب العصابي يبدو عليه التعب ، و قد يجد صعوبة في النـوم حيث يعاني من الأرق في بداية النوم و يرافقه القلق و إضطراب حركي و يعـزف عـن الطعام فتصيبه النحافة ، و لكنه لا يعجز عن الحركة و لا يتلبد ذهنيا أو يصيبه الهـوس، و أن تغيير البيئة قد يفيد المريض . بينما المريض بالإكتئاب الذهاني يشعر بالإكتئـاب حاد الشدة و متهيج أثناء النهار ، و يعاني من أرق الإستيقاظ المبكر ، و غالبـا يرافقـه إعاقة حركية و تظهر لديه أوهام و هواجس و أعراض إكتئابية بدنية ، و هذا الإكتئاب لا يتأثر بتغير البيئة .

2- **الإكتئاب العصابي الدفاعي** :

و هو عصاب ميكانيزمي للتخلص من نوبة إضافية و مبهمة من القلق وراءه تهديد داخلي و غالبا ما يحمل معه هذا القلق التهديد بالإحباط ، فيقوم الإكتئاب بـالإزالـة هـذا التهديد بأن يعيش المريض خبرة خيالية معينة و كأن الإحباط قد تم فعلا . و هذا التخيـل يساعد الفرد على إعادة إتزانه لأن النفس تستطيع أن تحتمل الإحباط الـذي تـم فعـلا و أصبح أمرا واقعيا بقدر أكبر من قدرتها على التهديد بالإحباط .

3 - **الإكتئاب الإنفصالي** : Analitic Dépression

إكتئاب يعانيه الأطفال الذين يفصلون عن أمهاتهم لمدة طويلة ، فتظهر علهم آلامهم الخاصة بالفراق ، و لكن بعد عدة شهور يتوقفون عن البكاء و لا يثيرهم إلـى ذلـك أي شيء ، و يجلس عادة هؤلاء الأطفال في شرود ، و لا يجالسون أطفال آخرين، و مـن أعراضه فقدان الشهية للطعام ، و ضعف الجسم ، و قلة النوم .

4- **الإكتئاب القهري** Anancastic Dépression

و هذا النوع من الإكتئاب يصاب به الأشخاص من النمط الجامد الوسواسي الـذي يقوم بالسلوكات و الأفعال و كأنه مفروض عليه القيام بها و المصاب بهذا الإضـطراب يقوم بمختلف الأعمال و هو متوتر و قد بدى عليه البؤس و القلـق و سـيطرت عليـه الوساوس . و قد يظهر الإكتئاب على الشخصية القهرية عند الإعتيـاد علـى الأعمـال

الروتينية و يحدث هذا الإكتئاب في فترة العطل و من أعراضه التوتر و الضيق و القلـق و الشعور بالذنب .

5- الإكتئاب الخلقي : Constitutional Dépression

و يعتبر هذا النوع من الإكتئاب ميل فطري للاكتئاب يتسم به الشخص و يغلبه على كل خصاله الأخرى ، فيوصف ببرودة الحركة و الشعور و التفكير ، و التشاؤم ، و يجـد صعوبة في إتخاد القرار ، و يبدأ بأعمال و لا يتممها ، و تنقصه الثقة بالنفس .

6- الإكتئاب الدوري :Cyclial depression

تكون حالة المصاب تنتقل بين الإكتئاب و الإنشراح ، و قد تأتيه نوبة الإكتئاب مرة كل عدة أسابيع أو كل ستة أشهر أو قد تحدث عدة سنوات . و يشعر المصاب به خـلال النوبة أنه مسجون و متعب و يائس ، و يقوم باللوم على نفسه ، و يعود قصوره و فشـله لعيوب في شخصيته ، و يعزل نفسه عن الآخرين ، حتى عن أسرته ، و نوبة الإنشـراح التي يشعر بها هي بمثابة دفاعات ضد الميل القوي و للاكتئاب .

7- الإكتئاب الفجائي Ictal depression :

و هو إستجابة إنفعالية تظهر فجأة و تختفي بسرعة ، و من أعراضه اللـوم الـدائم لنفسه و التحصر على الأشياء التي لم يقم بها و يعبر عن إحتقاره لنفسـه و قـد يحـاول الإنتحار في لحظة هياج ، و يميل إلى كثرة الحركة و الإندفاع .

8- الإكتئاب الإنتكاسي :

و هذا النوع من الإكتئاب تصاب به في سن اليأس ، و السبب يعود إلى التغيـرات الهرمونية المصاحبة لإنقطاع الدم في هذا السن الذي له تأثير على معنويات المرأة . و قد يرجع أيضا إلى سوء التوافق الإنفعالي المرتب على هذه التغيرات ، خاصة و أن المـرأة في هذه السن تمر بها تغيرات تفاعلية عديدة منها فقدان الأبـوين أو بعـض الإخـوة و الأخوات و يذكرها الموت بفقدان أحد أقاربها و تراودها وساوس حول إقتراب أجلها.

و في هذا السن تجد المرأة أن أولادها قد كبروا و لم يعودوا يعتمدون عليها بعد أن كانت تشغل كل وقتها بهم فأصبحت تعاني من الفراغ الذي يشعرها بالوحـدة و إنقبـاض النفس ، و قد يشعرها بنقطاع الدورة الشهرية أيضا بأنها فقدت أنوثتها أو أنهـا أصـبحت عجوز غير جذابة ، و يحدث الإكتئاب الإنتكاسي خلال الأربعينيات أو الخمسـينيات ، و

من أعراضه الرئيسية ، القلق ، الإضطراب ، الشكوة المستمرة من أوجاع غير محدودة ، و أفكار قهرية .

9- الإكتئاب الميلانكولي Melancholic Depression :

و هو شكل من أشكال الإكتئاب الشديد ، و يميزه فقدان المتعة في الحياة و عدم تغير المزاج طوال اليوم ، إضافة إلى قلة الحركة ، النهوض باكرا و ضعف الشهية و فقـدان في وزن المصاب .

** و هناك تصنيف آخر يقوم على شدة درجة الإكتئاب ، و يتكون من :

1- الإكتئاب الخفيف MILD **:**

و يتصف بمزاج منقبض ، و تعب متزايد ، و فقدان الإهتمام و المتعة ، مصحوبة غالبا باضطرابات سيكوماتية ، و مع أن المصاب يواجه صـعوبة فـي سـتمراره بعملـه أو إلتزاماته الإجتماعية إلا أنه لا يشكل له عجز عن الأداء لمختلف الأنشطة اليومية .

2- الإكتئاب المعتدل :

تظهر فيه أعراض الإكتئاب الخفيف إضافة إلى إضطرابات أخرى تتمثل باضـطرابات النوم و الشهية .

3- الإكتئاب الحاد :

و تظهر فيه أعراض الإكتئاب المعتدل إضافة إلى الشعور بعدم القيمة و فقدان إحتـرام الذات ، و التهيج و الشعور بالذنب و يكون الكرب شديدا مصحوبا بأفكار إنتحارية .

و هناك تصنيف آخر يقوم على مصدر الإكتئاب و يكون في حالتين :

1- الإكتئاب النفسي :

و يكون أسبابه نفسية خارجية ترجع بالدرجة الأولى إلى موت أحد الأقارب أو الأصدقاء ، فراق بين إثنين ، أو فقدان ممتلكات ذات قيمة مادية ، و يسمى هذا أيضا بـالإكتئـاب الإنفعالي أو العصابي .

2- الإكتئاب الذهاني :

يكون صادر عن إستعداد وراثي ، ينتقل بواسطة جنينات ، أو خلل بيولوجي أو زيادة او نقصان في مستوى نشاط المرسلات العصبية ، أو عدم التوازن في الهرمونات .

** و هناك تصنيف آخر يقوم على أساس مصاحبة الإكتئاب لإضطراب آخـر أو عدمه و يكون كالتالي :

1- **إكتئاب خالص** :

لا يكون مصحوبا لإضطراب آخر ، و أبرز أعراضه ، إضطراب مزاج المكتئـب ، الشعور بالعجز ، فقدان أو ضعف الإهتمام بالأمور الشخصـية والإجتماعيـة ، ضـعف الشهية ، ضغف الطاقة النفسية و الجنسية و تجنب النشاطات الترفيهية .

2- **إكتئاب مصحوب بالقلق** :

و أبرز أعراضه سرعة الإنفعال ، الشعور بالعجز ، التركيـز الضـعيف ، الـذاكرة الضعيفة ، الشعور بالتعب ، الشعور باليأس ، الأرق المبكر ، الرغبة في البكاء ، وتوقـع الأسوأ .

و تتلاقى أعراض القلق مع الإكتئاب في توقع الشر و التوتر و الغضـب السـريع و التركيز الضعيف .

3- **إكتئاب ثنائي القطب** :

يكون مصحوبا بالهوس و الكآبة معا أو بالتناوب .

و هناك نسق من التصنيف قام به **شوارتز** SCHWATZ و هو يقوم على ثمانيـة عوامل ، أربعة منها أعراض أولية ثم أعراض إندفاعية ، و على ذلك فهناك الأعـراض النفسية المشخصة مشتقة من مكونات الإكتئاب الجنوني أو الإكتئاب الإستدلالي .

و قد إقترح **بلندر** BLINDER 1969 ، خمسة أنماط من الإكتئاب و هـي علـى الترتيب : الإكتئاب ذو التخاف النفسي ، الإكتئاب المصحوب بالتوتر ، الإكتئاب المقرون بالإنفعال الإنفصامي ، الإكتئاب الناشىء من ضغوط الحياة المعيسية ، و الإكتئاب الـدال على حدوث مرض جسمي .

كما إقترح **يانج** YOUNG 1966 ، أن أنماط الإكتئاب الرئيسية هـي : التفريـه الإنفعالي ، و الكاتونية التسلطية ، والإحساس الإنعكاسي المشوه .

** و يلاحظ أن هناك علاقة بين آراء **يانج** YOUNG و نسـق " **شـفارتز** " . و لاحظ " **يانج** " أن ما يسمى بالماتونية التسلطية تطابق نمط الإكتئاب الذاتي .

إن كل تصنيفات " **بلندر** " يمكن أن تحل محل تشخيص تلقيـدي سـابق ، فاكتئـاب التخاف النفسي يماثل في صوره الإكتئاب الجنوني و الإكتئـاب المصـحوب بـالتوتر و الإكتئاب الإتكاسي و حالة القلق المزمن و حالة إكتئاب إنفعال الإنفصامي تصـيب دائمـا الشخصة الفصامية و أنواع من السكينروفرنيا .

** و هناك بعض المحاولات التي تفسر الإكتئاب بأنه يرجع إلى شعور الفرد بحالـة من اليأس بسبب عدم تحقيق أهداف الحياة حيث أن مسؤولية الفرد بالنسبة لليأس إنما تعود إلى تصور و عجز شخصي .

و يرى " **لختنبرج** " أن كل فرد يرى فشله أو نجاحه في ثلاثة أشياء .

1- فيما يتعلق بالموقف الخاص .

2- مرتبط بالحاجات و الأهداف ككل .

3- مرتبط بأشكال السلوك المختلفة التي قد تزيد أو تقلل من إحتمالية النجاح .

و يفترض " **لختنبرخ** " أن هناك ثلاثة أنماط للاكتئاب تتوقف على مكونـات درجـة الأمل و اليأس و أن التصنيف الثلاثي لهذه الأبعاد يصبح كالآتي :

1- **الشكل الأول** :

الأنماط الطفيفة و هي مشتقة من فقدان الأمل و إنخفاض لاحق لإحتمالية النجاح في موقف خاص بينما التوقعات و الأمال المتعلقة بالحياة تبقى عالية .

2- **الشكل الثاني** :

إحساس الشخص باليأس للغاية عن مواقف خاصة بينما يحتفظ ببعض الأمـل فـي النجاح ككل و مهما يكن من أمر فان الضرر الذي يقع على مفهـوم الـذات أشـد مـن الإكتئاب الموجود في الشكا الأول .

لذا فشكل الإكتئاب الثان يتضمن أمل ضئيل في النجاح بتغيير سلوك الفرد .

3- **الشكل الثالث** :

هذا الشكل من الإكتئاب لا يوجد به أدنى أمل في النجاح في تغيير المواقف و السلوك .

أما **بيكر** BEKER 1962 ، رأى أن الإكتئاب يجب أن ينظر إليه من خلال ثلاثة أنواع من الفقدان و هي على الترتيب :

1- فقدان الذات .
2- فقدان العادات و المعايير و قواعد السلوك .
3- و فقدان إدراك مباهج الحياة .

يبدأ فقدان إحترام الذات ثم يأتي العدوان المباشر نحو الذات بينما يبدو فقدان المعايير و قواعد السلوك في مجموعة المعايير و و العادات و التقاليد و قواعد السلوك في الحياة .

إن فقدان مثل هذه المعايير و الأدوار في حياة الفرد ما هو إلا عامل رئيسي و السبب المباشر لمرض الإكتئاب ، في الوقت الذي نرى فقدان الموضوع يصبح ثانويا .

و يعني بيكر بفقدان إدراك مباهج الحياة أحوال و ظروف الفرد و التي من خلالها تتكون تطلعاته و آماله و إدراكه ، فقد يدرك الفرد يوما بأن حياته لا معنى لها و أنها أصبحت لا تساوي شيئا في نظره فلماذا يعيش .

و لهذا فان الإكتئاب لدى " **بيكر** " ما هو إلا الفشل في إحترام الذات و الذي يكون إعتقاد بأن الحياة خالية من كل معنى ، و على ذلك فقد أصبحت لا تساوي شيء .

و قام بعد ذلك " **ماكبار تلاند** " و " **هورنستر**ا " 1964 ، بتصنيف الإكتئاب إلى ما يعرف بقصة المريض ورأو أن هذه التفسيرات يمكن أن تنقسم بوضوح إلى ثلاثة موضوعات من خلال المرضى المكتئبين : عاجز يائس ، فاتر الهمة ، يشكو كثيرا ، و أخيرا الشرالهين (متشائم) و كل هذه التعبيرات تستخدم لدى مرضى الإكتئاب .

هذا و قد يعطينا المريض أكثر من قصة عن حالته المرضية حيث أن موضوع العجز و اليأس هو أكثر الموضوعات إنتشارا بينما موضوع الشر الهين يقل إستخدامها (**عن يوجين ليفين ، برنارد لوبين** 1985) .

6- أعراض الإكتئاب :

يرى المختصين في الصحة النفسية أن التناقض العاطفي أو التقلب المزاجي هو العرض الأساسي لدى المصابين بمرض الإكتئاب ، و أن الحب و الكراهية يتعايشان مها و يمونان أقرب إلى التكافؤ ، و تتشابه هذه الحالة مع الشخصية الصراعية ، و أن مريض الإكتئاب متناقض العاطفة نحو نفسه و نحو الأشخاص و الموضوعات ، و عليه فان الفرد المكتئب في حاجة مستمرة إلى إشباع حاجته باحترام الذات ، و توكيد الشخصية فهو يحب إلا لأنه لا يستطيع التعبير عن حبه لما تتملكه خصائص سلبية عديدة ، لذا فهو بحاجة إلى

الشعور باحترام الناس له و هنا تقترب شخصيته من الشخصية العصابية القهرية . و هناك إرتباط بين الإكتئاب و العصاب القهري .

و لقد إهتم الكثير من المختصين في تحديد أعراض الإكتئاب من خلال دراسات لعينات مختلفة ، و ثم من خلالها تحديد الخبرات المؤدية إلى الإكتئاب النفسي ، و توصلات على إثرها من بناء عدد من المقاييس و الإختبارات النفسية التشخيصية من أجل الوصول إلى تحديد الأعراض التي تتصف بها الشخصية الإكتئابية و فيما يلي عرضا لتلك النمادج :

و قد توصل " **وجوينكر و معاونوه** " إلى تحديد الأنماط التي تصف مشاعر و إهتمامات المكتئبين ، و تضمنت مجموعة من العوامل التي يتم بواسطتها قياس الإكتئاب ، فتعطي مؤشرات واضحة للاكتئاب النفسي و هي :

I - **الأنماط :** و تمثل الأبعاد التالية :

1- كئيب يائس .

2- الإهتمام بفقدان الماديات .

3- الإحساس بالذنب .

4- مصاب بالقلق .

5- غاضب .

II- **العوامل** : و تمثل الأبعاد التالية :

1- منعزل ، منسحب .

2- عدم القدرة على التفكير و الكلام .

3- اللامبالاة ، فاتر الشعور .

4- مصاب بوسواس المرض الناشيء عن نوبات الإغماء ، الإمساك .

5- مضطرب معرفيا : و يتضمن الآتي :

5-1- ضعف الذاكرة .

5-2 الإرتباك و التشتت .

5-3- عدم القدرة على التذكر .

6- متهيج .

7- متصلب ، وغير قادر على الحركة .

8- متشبث ، ملتمس .

9- مضطرب بدنيا ، و يتضمن ما يلي :

9-1- لا يستطيع إتخاذ القرارات

9-2- فقدان القوة الجنسية .

9-3- الإجهاد العام .

10- الإستجابة الجسمية للجهد .

10-1- فقدان الشهية .

10-2- فقدان النوم .

10-3- فقدان الوزن .

و قد قام " **فريدمان و آخرون** " إلى تحديد آخر للأعراض الإكتئابية وفق الصورة التالية :

I- **الإكتئاب الوجداني** : و يشمل ما يلي :

1- الشعور بالذنب .

2- فقدان تقدير الذات .

3- الشك .

4- الميول المتداخلة نفسيا .

II- **الإنسحاب ، فاتر الشعور ، الشعور بالإعاقة .**

III - **نمط الإصابة بوسواس المرض** .

و يضيف " **أوفرال** " أعراض أخرى لمرض الإكتئاب و هي كالتالي :

I- **إكتئاب الحالة النفسية** : و يشمل ما يلي :

1- مكتئب .

2- الإستغراق في فكرة الموت .

3- الشعور باليأس .

4- الشعور بالعجز .

II – **الشعور بالذنب** : و يشمل ما يلي :

1- الخجل ، الندم .

2- لوم الذات .

3- الإستخفاف بالذات .

4- عدم الشعور بالقيمة الشخصية .

III- **القلق : الخوف من شر مرتقب .**

IV- **التدهور الحركي – النفسي .**

1- الكلام .

2- الحركات الجسمية .

IIV- **ضغط الأداء** : و يشمل ما يلي :

1- ضعف التركيز العقلي .

2- لا يستطيع العمل ، و يفقد الإهتمام .

3- الإلحاح .

4- الشكوى .

IIIV – **الإهتمام بالبدن و الشكوى الجسمية** : و تشمل ما يلي :

1- الإستجابة البيولوجية .

2- فقدان الشهية .

3- إضطراب النوم .

4- الإمساك .

5- ضعف الميل إلى العمل .

6- عدم الرضى .

** و قدم " **رونج** " معايير التشخيص الإكلينيكي البغية الوصول إلى تحديد للخصائص الإكتئابية ، و رتبها وفق هذا التصميم :

I- **أثر التعميم** : و يشمل ما يلي :

1- كئيب ، يائس ، جزئين .

2- نوبات البكاء .

II – **الحالات الفزيولوجية المصاحبة** : و تتوزع إلى نوعين هما :

1 **- الإضطرابات المتكررة** : و تشمل ما يلي :

1-1 - التقلب اليومي : زيادة الأعراض في الليل ، و الشعور بالراحة عند الصباح.

1-2 - النوم ، الإستيقاظ المتكرر أو المبكر .

1-3 - الشهية : نقصان مقدار الطعام .

1-4 - فقدان الوزن .

1-5 - الجنس : نقصان الشهوة الجنسية .

2 **- إضطرابات أخرى** : و تشمل ما يلي :

2-1 - إضطرابات الإمساك .

2-2 - خفقات القلب .

2-3 - إضطراب عضلي ، الإجهاد .

III **– الحالات النفسية المصاحبة** :و تتوزع إلى نوعين :

1 **- نشاطات النفس الحركية** و تشمل ما يلي :

1-1 - الإهتياج .

1-2 - الشعور بالإعاقة .

2 **- التخيلات و تشمل ما يلي** :

2-1 - الإرتباك .

2-2 - الشعور بالفراغ .

2-3 - الإحساس باليأس .

2-4 - التردد .

2-5 - حدة الطبع .

2-6 - إنعدام الإحساس بالرضى .

2-7 - إنحطاط الإحساس بالقيمة الشخصية .

2-8 - التفكير المستمر في الإنتحار .

و في تصنيف آخر للأعراض الجسمية و النفسية للاكتئاب قدم " **إسكواب** " مجموعة من الأعراض الذي يتميز بها الإكتئاب و هي :

1- **الأعراض الجسمية للاكتئاب** :و هي : الإرهاق ، الكسل ، إطرابات في أعلى الـبطن (سوء الهضم) ، الصداع ، فقدان الشهية للطعام ، إضطرابات أسفل البطن (الإمساك) ، نقص الوزن و الهزل ، الضيق و آلام الصدر ، خفقان القلب ، الألـم العـام، فقـدان الشهوة الجنسية ، و إضطرابات البول .

2- **الأعراض النفسية للاكتئاب** : و تتمثل في :

الأرق ، القلق ، المزاج الإكتئابي ، البكاء مع الصراخ الشديد ، الشعور بالوحدة ، الشعور بالذنب ، الشعور بالضجر ، التشاؤم ، التردد و التذبذب ، البؤس و العجز ، كره الذات ، الشعور بالفشل ، الأفكار الإنتحارية ، الشعور بالعقاب ، و اليأس .

** و قد دعم **بيك** BECK صحة النتائج التي توصل إليها المختصون في علم النفس ، و تمكن من تنظيم تلك النتائج و إستطاع أن يحدد الأعراض الإكتئابية في فئات محددة ، و أعتبرها الخصائص الأساسية لمرض الإكتئاب ، و هي كما يلي :

1- الخوف .
2- التشاؤم .
3- الإحساس بالفشل .
4- عدم الرضى .
5- الإحساس بالذنب .
6- توقع العقاب .
7- كره الذات .
8- لوم الذات .
9- الأفكار الإنتحارية .
10- البكاء .
11- حدة الطبع .
12- الإنسحاب الإجتماعي .
13- التردد و عدم الحسم .
14- تغيير صورة الجسد .
15- صعوبات في العمل .

16- إضطرابات النوم .
17- سرعة التعب .
18- فقدان الشهية للطعام .
19- فقدان الوزن .
20- الإنشغال بصحة البدن .
21- فقدان الشهوة الجنسية .

7- نظريات الإكتئاب :

يعتبر موضوع الإكتئاب من الموضوعات التي لاقت أهمية لدى المختصين في المجال النفسي و الطبي ، و قدمت من خلاله العديد من النظريات التي حاولت تفسير الإضطرابات الإكتئابية من مبادىء مختلفة ، منها التفسير البيولوجي و البيوكميائي و هرمونات محيط الكدر ، و هرمونات الغدة الدرقية و التغير في المستقبلات العصبية و تأثير الكاتيكولامين و البيروتونين ...إلخ ، و نموذج التحليل النفسي التي يقوم على العوامل النفسية كالشخصية ، و نموذج التفسير السلوكي ، غير أن هذه النمادج لا تستطيع لوحدها تفسير كل عوامل نشوء الإكتئاب و تطورها ، و توجد نمادج تفسيرية أخرى للاكتئاب منها نموذج **سيلغمان** SELIGMAN للاكتئاب الذي يرى أن خبرات اليأس و عدم ضبط الظروف يمكن أن يؤدي إلى عجز دافعي و لإنفعالي و تغيرات فزيولوجية تشبه التغيرات الطارئة في الإكتئاب .

و هناك نموذج **ليفينسون** LEWENSON للاكتئاب الذي يستند إلى نظرية التعلم الإجرائي ، حيث أن الإكتئاب هو نتيجة مباشرة لسلوك تعزيز مثار من خلال فقدان الشريك أو العمل على سبيل المثال : و يرى كذلك أن التعزيزات الإيجابية تقود إلى إنخفاض النشاط و الذي ينعكس بدوره على عدم خبرة الإنسان للكثير من الخبرات الإيجابية و من ثم يصبح أكثر إكتئابا و أقل نشاط و أقل تعزيزا ....و هناك نمودج الإجتماعي للاكتئاب الذي قدمه **براون** BRAWN فيرى أن أحداث الحياة و صعوباتها و على الأخص المنشأ الإجتماعي (الإنتماء للطبقات المحرومة إجتماعيا من العوامل المثيرة للاكتئاب التي تتفاعل مع عوامل الإستعداد المسبق و العوامل التي تشكل العرض . حيث يقود التفاعل إلى نوع من التقييم الذاتي على هيئة نقص مشاعر القيمة الذاتية و اليأس و

فقدان الأمل و نقص محاولة المواجهة COPING الأمر الذي يقود بدوره إلى الإكتئاب .
و تتمثل الإستعدادات المسبقة في عدم وجود علاقة إجتماعية حميمـة داعمـة إنفعاليـا و إيجابية و البطالة و فقدان الأم في الطفولة بسبب الموت ووجود عدد كبير من الأطفال في البيت ، حيث تحتل العلاقة الإجتماعية الداعمة الحجم الأهم ، و مثل هذه العوامـل تكثـر ملاحظتها في الطبقات أو عند الفئات المحرومة إجتماعيا , أمـا العوامـل التـي تشـكل العرض فهي الخبرات المبكرة من الفقدان و السن .

و هناك النمودج المعرفي من خلال النظرية المعرفية **لبيـك** BECK و هـو مـن النمادج المهمة في تفسير الإكتئاب حيث يرى أن الإضطرابات الإكتئابية تنشأ من الأخطاء و التشوهات المعرفية التي تكون مشحونة بالنظرة السلبية للذات و العالم و المستقبل .

و سنقدم أهم النظريات التي تناولت موضوع الإكتئاب وفق الإتجاهات التي ذكـرت من قبل :

7-1- النظرية البيولوجية :

و تشمل هذه النظرية العوامل البيولوجية المرتبطة بالوراثة و الجوانب المرتبطة ببناء الجهاز العصبي ووظائفه بالإضافة إلى التغيرات الكيمائية الحيوية ، و ما يرتبط بها من عناصر التحكم في وظائف المخ و البدن ، و التوازن و عدم التوازن الهرموني .

و تشمل العوامل الكمائيـة و البيولوجيـة الأمـين الحيـوي : **الكـاتيكول أمـين** Catecholamive و **الأندول أمين** Midoleamine ، كذلك عمليات الهدم و البناء أو الميثابوليا Electrolyte Metabolism و التي تتركز فـي ميثابوليـا الصـوديوم و البوتاسيوم في الدماغ . و الغدين النخامية و الكظرية .

و يقول **عكاشـة (1982)** ، إذا أعطينا عقار مضاد للاكتئاب لحيوان ما ثت اتبعنـا ذلك باعطاءه الرسربين Resepine لوجدنا أن الحيوان يصيبه الهياج بدلا مـن الهـدوء الذي يجلبه " الريسربين " بمفرده ، و هذه النتيجة تثبت أن العامل الأساسي في الهياج هو وجود مادة (النورادرينالين) في صورة نشطة ، فاعطاء المهدئات لخميرة الأكسدة ألا : يجعل الخلية العصبية غير قادرة على تثبيت الأمينيات الأحاديـة ، فـاذا إنطلقـت هـذه

الأمنيات من مخازنها في حبيبات السيتوبلازم عن طريق إستخدام " **الريســربين** " فانهــا تتراكم في الخلية و تحتفظ بنشاطها فيحدث النشاط العصبي الذي قد يصل إلى الهياج .

و على هذا قد ينتقل المصاب من قطب الإكتئاب إلى قطب الهوس خــلال ســاعات قلبية ، غالبا ما تكون أثناء النوم ، فقد لوحظ أن في هذه الحالات تقل فترة النوم في الليلة التي ينتقل فيها المريض من الإكتئاب إلى الهوس خصوصا في مرحلة النوم الحــالم ، و تزداد مركبات " الكاتيكول " و تنقص مركبات " الأندول " إذا ما حرم الإنسان منها ، كما لوحظ أن المواد الكميائية التي تظهر في البول نتيجة التمثيل الكيميائي " النورادرينــالين " تزداد في الساعات التي ينتقل فيها المريض من قطب الإكتئاب إلى قطــب الهــوس ، و يسبق التغيير الكيميائي التغيير العاطفي ثم يصاحبه ، و لعل في هذه التغييرات الســريعة في كل من المواد الكيميائية و التغييرات العاطفية ما يقنعنا بأنهما مرتبطان سببا و لــيس عن طريق الصدفة . و أن هذه الأمينيات يزداد إفرازها تحــت ظــروف الإثــارة ، و أن نوعية العوامل النفسية و البيئية تتحكم في نسبة إفراز كل من النودرينالين و الأدرينالين ، و هناك إذا أثر متبادل بين البعد السيكولوجي و البعد البيوكميائي .

وعليه يمكن أن نرى أن التغير الكيميائي من هبوط الخمائر المنشطة أو زيادتها لا يتم بطريقة دورية بيولوجية بحتة ، و لكن يخضع إلى حالــة الشــخص ، فالشــخص ذو الإستعداد للاصابة بالإكتئاب يرون أنه باستطاعتهم الدفاع ضد هذا الإكتئاب بالزيادة فــي النشاط و المرح ، هذا النشاط يتبع ميكانزما بيولوجيا حيث يزيد من الطاقــة النفســية و بالتالي يزيد من إفرازات الهرمونات و التفاعلات الكميائية في الدماغ و الجهاز العصبي ، أما الذين يعانون من ضعف في الميكانزم البيولوجي ، فلربما يكونــون أكثــر عرضــة للاصابة المباشرة بالإكتئاب خاصة مع المواقف الضاغطة و الفقدان و ما المنشــطات إلا مواد تساعد الرغبة النفسية في التخلص من الإكتئاب و الهوس .

** و هناك العديد من نتائج الدراسات التي أثبتت علاقة التغيرات الكميائيــة فــي الجسم بأعراض الإكتئاب و تم تلخيصها كالآتي :

1- تزيد الأعراض الإكتئابية أثناء الدورة الشهرية و قبلها ، و تشكو الكثير من النساء من التوتر الداخلي ، و الصداع و الإنتفاخ ، و ســهولة التهــيج العصــبي ، مــع

حساسية الإنفعال و كثرة البكاء ، و هذه الفترة يصاحبها تغيـرات واضـحة فـي الهرمونات الجنسية .

2- يتوقف الطمث أو يصاب باضطراب شديد أثنـاء الأمـراض الإنفعاليـة و أثنـاء الإكتئاب أو الإنبساط .

3- تبدأ و تزيد الأعراض الإكتئابية في سن اليأس عندما يتوقف نشـاط الهرمونـات الجنسية .

4- تظهر أعراض الذهان الدوري بكثرة بعد الولادة ، و أثناء التغيرات الفزيولوجية و الهرمونية التي تحدث أثناء هذه الفترة .

5- يصاحب مرض المكسيد ما (نقص إفراز الغدة الدرقية) أعراض إكتئابية شـديدة في 40 % من الحالات ، بل تبدأ هذه الحالة أحيانا بهذه الأعراض النفسية و العقلية قبل ظهور المؤشرات العضوية الجسمة .

6- قد يصاب المريض ، بمرض " **جريف** " (زيادة إفراز الغدة الدرقيـة) بنوبـات الإنبساط الحادة عند بداية المرض .

7- تصاحب نوبات الذهان الدوري من إكتئاب أو إنبساط (هوس) مرض كوشـنج (زيادة إفراز الغدة الأدرينالية فوق الكليتين) أما أحيانا خلال علاج المرض بعقار الكورتيزون .

8- تقل نسبة الذهان قبل البلوغ ، و تزيد ببدئه .

7-1-1- علاقة الوراثة بالإكتئاب :

أظهرت عدة دراسات أن الإستعداد الوراثي له علاقة بالإكتئاب حيـث وجـدت وجود علاقة بين مدى إستعداد الفرد للاصابة بالإكتئاب إذا كان لدى الوالدين أو أحـدهما تاريخ مرضي خاص بالإصابة بالإكتئاب ، و خاصة إذ تهيأت الظروف البنيـة البيئيـة خاصة الضغوط في إثارة الإستجابات الإكتئابية . و مرتبطة بالإكتئاب الذهاني ، و ذهان الهوس الإكتئابي **(ويلز** 1980 ، WELLS **)** .

كما أظهرت نظريات وراثية أن : التغير العاطفي المستمر ، و تغير الوظائف الحيوية ، و أسباب سيكولوجية أخرى ربما ترتبط وراثيا بالإكتئاب **درو** DREW ، 1984 .

7-2- نظريات التحليل النفسي :

يعد **فرويد** أول من كتب عن الإكتئاب في التحليل النفسي و أعتبره كشـكل ثالـث لعصاب القلق ، و ذلك من خلال كتاباته حول : الحداد و الميلانخوليا سنة 1917 التي مز فيه بين الحزن و الإكتئاب ، و رأى أنهما حالتين لردود فعل نتيجة فقدان شخص محبوب ، يكون في حالة الحزن شعوريا ، و تبقى الأحاسيس الحقيقية للفقدان لاشعورية في حالـة الإكتئاب ، و لهذا يكون إدراك الفقدان في حالة الإكتئاب مشوها و يكـون الأنـا ECO ضعيفا في محاولة كبت المشاعر الحقيقية للحزن .

و في حالة الحزن يصبح العالم ضئيل القيمة و فارغا ، أما في الميلانجوليا فان الأنا هو الذي يصبح كذلك . و يرى كذلك أنه ليس من الضروري أن يحتاج الإكتئـاب إلـى فقدان فعلي لموضوع محبوب ، بل تنشأ كذلك من متخيل وهمي أو فقدان رمزي .

و قد فصل القلق الدائم عن الإكتئاب الدوري و رأى أن هذا الأخير مرتبط بالفقدان . فالإكتئاب يحدث و يشتد إثر وفاة موضوع حبنا أو عند فقدانه بالهجر أو الخسارة .

** و قد أضاف " **فرويد** " الفقدان الرمزي عندما وجد أن الكثير من الناس يمكـن أن يصبحوا مكتئبين و يظلوا كذلك من دون أن يكونوا قد فقدوا شخصا يحبونـه ، مثـل الشخص الذي يفسر الرفض ، بطريقة لاشعورية على أنه إنسحاب تام من الحب .

أما **كارل أبراهم** KARL ABRAHAM إلى إفتراض أن الإكتئاب يمكن أن ينشأ في حالة التناقض الوداني حول موضوع معين أي حين تكون لـدى الشـخص مشـاعر إيجابية و أخرى سلبية (حب و كره) في الوقت نفسه نحو ذلك الموضوع . ففي حالـة هجران موضوع الحب فان المشاعر السلبية للفرد تعمل بهمة و نشاط على إثارة الغضب ، و في الوقت نفسه فان المشاعر الإيجابية للفرد تسبب الإحساس بالذنب.

إن هذه الإنفعالات المتصارعة تجتمع مع بعضها البعض لتخلق الإحساس بالفقـدان المتمركز على الذات ، وعليه فان التمركز حول الذات هو الذي يميز الإكتئاب عن الحزن العادي ، فالإكتئاب حالة نرجسية متجهة إلى الداخل في حين أن الحـزن حالـة واقعيـة متجهة إلى الخارج .

و على نظرية " **فرويد** " القائلة بأن الأمراض النفسية تنتج من إضطرابات كان قـد مر بها الفرد في مراحل التطور النفسجي الجنسي ، فان " **أبراهم** " إفترض أن الفرد يمكن أن يكون إكتسب إستعداد للاصابة بالإكتئاب نتيجة عدم حصولة على الحـب أو الإشـباع

خلال المرحلة الفمية ، و يصبح يوبخ ذاته ، و هذا ما يسمى الغضب نحو الـداخل ، أي توجيه الغضب نحو ذات الفرد لمعاقبة موضوع الحب المندمج فيـه أو الـذات التـي لا تستحق حب الموضوع . و هذا حسب إتجاه التحليل النفسي هو السبب الرئيسي في حدوث الإكتئاب .

و يرى " **رادو** RADO ، 1928 " أن الإكتئاب ما هو إلا صرخة بحة في الحب ، أما **فيبرينج** 1953 ، يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الإكتئاب تتمثل في العجـز عن تحقيق الحاجات و الطموحات ، و يرى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي واحدة من ثلاثة إحتياجات رئيسية ، أما الإحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة إلى القوة و الأمان ، و الحاجة لمنح الحب فضلا عن الحصول عليه . و يحدث الإكتئاب نتيجـة الفشـل فـي إرضاء أو نتيجة لإحباط ، أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة ، و الصراع الذي يحدث في الذات و مرتبط بفشل إشباع أي منها .

** و يعتقد بعض الباحثين أن صدمة الفقدان لم تكن بدايتها الحادثة التـي سـببت الإكتئاب للفرد ، و إنما لها علاقة بالطفولة و أنه لابد أنه إلى نوع من الفقدان أحد الوالدين عندما كان طفلا 1973 ، BOWLBY ، و يقوم " بولبي " هذا واصفا لـثلاث مراحـل يمر بها الرضيع الذي يعاني من العزلة أو الفصل عن أمه ، و هي فترة إحتجاج ثم اليأس فالإنسحاب و الإنفصال ، غير أن الدراسات التي حاولت تقديد هذا الإفتراض لو تتوصـل إلى فروق بين المكتئبين فيما يتعلق بتعرضهم لخبرة الفقدان المبكر في الطفولة . و عليـه فان الربط بين الفقدان المبكر و سرعة التأثر بالإكتئاب فيما بعد تبقى من دون سند أو بنية عملية 1980 ، ELIOT et CROOK .

7-2-1- نقد نظريات التحليل النفسي :

وجهت للنظريات التحليل النفسي إنتقادات حول المفاهيم التي تفسر الإكتئاب ، حيث وصفت بالسطحية و أختصرت كل العوامل للسلوك المرضي فـي متغيـرات محـدودة كالشعور ، و الغرائز .

و يرى **مندلسون** MENDENLSON أن النظريات التحليلية إتجهت إلـى دمـج السلوك في معادلة عامة ، و من ثم بسطت المشكلات المركبة .

و يرى " بيك " أن المعادلة التحليلية في تفسير السلوك المرضي ، أسندت إلى عدد محدود من المفاهيم الفقيرة التي وضعت دون الإعتماد على براهين علمية كافية ، فنظرية الإكتئاب عند هذا الإتجاه تفسر كل الأمراض النفسية و العقلية على خبرات الطفولة المبكرة .

** و مع ذلك فقد بقيت للنظرية التحليلية فكرة رئيسية و هي الحرمان المبكر من الوالدين ، و موضوعات حبنا المبكرة ، التي أوضحت بعض من ميكانزمات و عوامل الإكتئاب . و هذا ما ذكره " **مونوز** MONOZE 1987 **،** بعد أن إستعرض عددا في هذا الموضوع حيث أظهر أن الفقدان المبكر للوالدين يعتبر من المخاطر الرئيسية و من علامات المؤدية للاكتئاب .

و يبين **براون** BRAWN **،** 1961 ، نتيجة مماثلة حيث وجد في دراسة أن الحرمان من الأب له علاقة بالإصابة بالإكتئاب .

و يعرض بيك أن الحرمان المبكر بين الأبوين ينتشر بين المرضى المصابين بالإكتئاب للإستجابي ، و لكن ليست له علاقة بالإكتئاب الذهاني .

غير أن هذه الدراسات لم تكشف عن وجود علاقة مباشرة و سببية بين حدوث الإكتئاب و الحرمان و الدعم الإجتماعي ، أي أن غياب الدعم الإجتماعي لا يرتبط بالضرورة بظهور الإكتئاب أو النبأ بحدوثه **(عن عبد الستار إبراهيم** 1988)

7-3- **النظرية السلوكية** :

يرى منظري الإتجاه السلوكي أن تفسير السلوك مرتبط بخفض التدعيم الإيجابي ، و هذا ما يترك أثرا سلبيا لعدم وجود الدعم الإيجابي ، و الذي يكون من نتائجه الأعراض التي حددها **لفينسون** LEWENSON و **آخرون (**1979 **)**، و تتمثل : بالشعور و عدم الإرتياح ، و إنتقاص من قيمة الذات و الشعور بالذنب ، و الإحساس الفعلي بالإرهاق ، و الإنعزال الإجتماعي و الشكوى من البدن و إنخفاض معدل السلوك . و يرى ليفنسون أن تكرار تجارب أحاث العقاب تكون سببا في ظهور الإكتئاب و من أهم الأحداث العقابية الخلافات الزوجية و مشاكل العمل .

و يتحدد هذا التدعيم بمعدل و كيفية تفاعل الشخص مع بيئته ، و لقد أظهرت دراسات كذلك أن حدوث التدعيم الإيجابي و التدعيم السلبي (الأحداث المنفرة التي تتمثل

في المشاكل و ضغوطات الحياة) كل منهما مستقل عن الآخر ، يفترض أن تؤدي إلـى حالات الإكتئاب و الإحباط ، إما لنقص في الدعم الإيجابي أو زيادة في العقاب .

و يرى أصحاب هذا الإتجاه كذلك أن الإكتئاب ناتج عن عـدم الإسـتعمال الأمثـل للمعززات ، و بمعنى أنه إذا لم تتم مكافأة سلوك معين فان الفرد يتوقف عـن أداء ذلـك السلوك و يصبح غير فعال و ينسحب و يصبح مكتئبا .

و يرى " **لفينسون** " أن الدعم الذي يستعمله الفرد يتوقف على ثلاثة حالات هي:

1- عدد المثيرات المدعمة لذلك الشخص .

2- وجود التدعيم في البيئة .

3- مهارة اللازمة في الحصول على الدعم ، ربما لا يكون قادرا على إحداث تدعيم لهذه المهارات.

ففي بعض الأحيان لا يعرف الأفراد كيف يحصلون على التدعيم و بالتـالي فـانهم ينسحبون إلى داخل أنفسهم . و مثل هذا الإنسحاب هو التموقع أو يستسلمون لما تصـيبهم من أحداث مؤلمة .

** و لقد أوضح ليفينسون و لبيت في دراسة لهما أن الإكتئاب ناتج عن نقص فـي المعززات و التدعيم الإيجابي ، حيث وجد أن مجموعة الطلبة المكتئبين كانت أقل إنشغالا بالنشاطات السارة ذات الطابع المرح ، مع المجموعة السليمة أو العاديـة ، كمـا أنهمـا توصلا إلى نتائج تتساوى مع فرضية الإنطفاء التي ترى أن المكتئبين يقاومون التدعيم ، و أنهم لا تنقصهم مصادر المتعة . و مع ذلك فقد وجدا الباحثان أن ميزاج الشخص يتغيـر تبعا لعدد الأحداث السارة و غير السارة التي يمر بها . و أنه حتى في حالـة المصـابين بالإكتئاب الحاد إذا ما تعلموا خفض تكرار الأحداث الغير سارة ، فإنهم سيظهرون إرتفاعا في الميزاج . LEWENSON et AL , 1982

و هناك إضافة أخرى على أن الإكتئاب قد يكون نتيجة نقص في مهارة الحصـول على التعزيز ، حيث أظهرت دراسات التعزيز الإجتماعي إلى أن المكتئبين أقل خبـرة أو مهارة في التفلعل مع الآخرين و أنهم أكثر إحتمالا لأن يثيروا في الآخـرين ردود فعـل سلبية ضدهم 1982 ، ROBINSON et COTLIS .

أما **سكينر** SKINNER فيرى أن الإكتئاب ناتج عن الإنطفاء الذي يحدثه عـدم وجود التعزيزات الإجتماعية الإيجابية و يترتب عليه نقص المعلومات الإيجابية ، و عليه فان عزلة المصاب تزيد من حدتها مما يدعم الحالة الإكتئابية .

4-7- نظرية الإكتئاب كعجز متعلم Learned Helplssness :

يعد " **سيليجمان** SELIGMAN " من رواد نظرية التعلم الإجتماعي ، و يرجـع إليه الفضل في إدخال مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب إلى ميدان علم النفس من خـلال أبحاثه التي أجراها على الحيوان سنة 1974 . و يرى أن الإكتئاب هو نتيجة صدمات لا يمكن التخلص منها أو فقدان القدرة على التحكم في وسائل إكتساب التعزيز الإيجـابي أو السبي فالأشخاص الذين لا يملكون القدرة على التحكم في مواقف النجاح و الفشل يكونون عرضة للعجز المكتسب ، و في هذه الحالة يكون المصاب بالإكتئاب غير قادر على القيام باستجابات أو سلوكات إيجابية يلقى الدعم و التعزيز من خلالها ، و عنـدما يغيـب هـذا الدعم بشكل الإكتئاب .

و يرى " **سيلكمان** " 1975 ، أن أسباب العجز هي إعتقاد الفرد العاجز بلا جـدوى الفعل ، أي أن الفرد العاجز هو ذلك الذي يؤمن و تعلم أو يعتقد بعدم قدرته على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته ، أي تخفيف معاناته ، و الحصول علـى الرضـى و السرور ، أي أن العجز يظهر فقط في الحالات التي يؤمن فيها الفرد بأنه لا يملك القـوة في مواجهة مواقف الحياة و لا أمل له فيها (**جاسم** 1990 **، ص** 30)

و يدعم هذا التوجه و الإعتقاد بالأحداث و المواقف التي تصيبه كالفشل المهنـي أو عدم صلاحيته للدراسة ، و ذلك يعني للمصاب بتكرار جهود عديمة الجدوى ، و تصـبح إستجاباته عاجزة عن إشباع رغباته و طموحاته .

و لقد ربط " **سليجمان** " الإكتئاب بالعجز المتعلم في تشخيص المظاهر الإكتئابيـة التالية :

1- السلبية أو الخمول ، و التباطؤ في بدأ الإستجابة و التأخر الحركي و إنخفاض معـدل السلوك .

2- التوقعات السلبية و التأخر في القراءة الذي يفسره المريض بتوقعهم الفشل بعد حين.

3- الإحساس بالعجز و اليأس الذي يعبر عنه مرضى الإكتئاب .

و لقد إستند " **سليجمان** " إلى وجهة نظـر **لتشـتنرج** 1957 LICHENBERG الذي يرى أن العجز سمة محددة للاكتئابي .

و لقد حدد الإكتئاب بأنه مظهر للشعور بالعجز في تحقيق الأهداف ، عندما تكـون تبعية اليأس تنسب إلى خلل في الشخصية .

و يرى كذلك أنه إذا ربطنا العجز كسمة للاكتئاب و العجز المتعلم فانها تمثل وحدة ، فالمريض المكتئب تعلم أنه لا يستطيع السيطرة على مهام حياته و لذلك يعتقد أنه عاجز .

* و قد وجهت لنظرية العجز المكتسب إنتقادات ، حيث رأو أن تفسـير الخاصـية السلبية للاكتئاب كنمودج ربما وفق في ذلك ، لكنها لم تستطع أن تفسر خاصية الحـزن و الإحساس بالذنب . كما أنها لم تأخذ بعين الإعتبار الحالات المختلفـة للاكتئـاب التـي تختلف في شدتها و طول فترتها .

و يرى **كوستيلو** 1978 **،** COSTELLO ، أن النمادج التجريبية للعجز المتعلم و علاقته بالإكتئاب لم يستطع أن يتنبأ بمتى يكون التأثير السلبي للمثير مؤديا للاكتئـاب ، و متى يكون مؤديا إليه .

7-5- النظرية المعرفية :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن الإكتئاب يحدث نتيجة عدد من المتغيرات الإنفعالية و الدافعية و المعرفية و الجسمية و أن التغيرات المعرفية هي العامل الرئيسي ، فالطريقـة التي يفكر بها الناس حول أنفسهم هي التي تؤدي إلى حدوث التغيرات الأخرى .

و يعتبر نمودج **بيك** BECK من النمادج النفسية المهمة في تفسـير الإكتئـاب ، و يفترض هذا النمودج أن الإضطرابات الإكتئابية تنشأعلى أساس الإضطرابات المعرفية و هي عبارة عن تشوهات و أخطاء معرفية و تتصـف بكونهـا إسـتنتاجات عشـوائية و تعميمات مفرطة و مبالغ فيها و يصبح محتوى هذه عند المكتئبين مشحونة بالنظرة السلبية للذات و العالم و المستقبل الذي يسميه بيك بالثالوث المعرفـي Cognitive Traid ، و يعتقد بأن المواقف السلبية مسؤولة عن كثير من الأعـراض الإكتئابيـة و تـؤثر علـى الإنفعالات و الدوافع و السلوك .

و يشير إلى نتائج أن هلاوس و أوهام و أحلام المرضى المكتئبين غالبا ما تحتـوي على أفكار حول معاقبة الذات ، و الفقدان و الحرمان . و هذه النزعة السلبية التي يـرى فيها الفرد نفسه فاقدا أو فاشلا هي المسبب الرئيسي للاكتئاب . فاذا ما طور الفـرد مـن خلال خبرات الطفولة مخططا ، تكون فيه الذات و العالم و المستقبل في رؤية سلبية ، فان هذا الفرد سيكون له الإستعداد للاصابة بالإكتئاب و يمكن للضغوط أن تنشـط المخطـط السلبي ، فيما تعمل نتائج المدركات السلبية على تقوية هذا المخطط ، فالحزن أو الغم مثلا ، الناتج عن إستمرار المكتئب في تفسيراته السلبية للخبرة إنما يفسر من خلال البيئة التي ينعدم فيها الأمل و عليه يستسلم لليأس . و هنا تصبح المنظومة المعرفية السـلبية أكثـر سيطرة على الفرد ، تقوده تدريجيا إلى الإكتئاب الحاد .

و يعتقد " **بيك** " 1976 ، أن مشاعر البؤس أو الحزن المصاحبة للاكتئاب تتحـرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان ، و الـنقص و الإنهـزام ، و يرى في مقارنة بين خبرات الفشل و النجاح أن الفشل يكون أثرهـا ـكثر سـلبية لـدى المكتئبين و غير المكتئبين (في تقدير الذات ، و المزاج ، و توقعات المسـتقبل و تقيـيم الأداء) ، و تكون النتائج الإيجابية تأثيرها ضعيفا ، فالمكتئب يفشل في إدماج الخبـرات الناجحة التي تتعارض مع نظرته السلبية إتجاه الذات ، و عليه يمكن أن نسـتخلص أن المكتئب يرى الأحداث من خلال حالته النفسية و ليس كما هي عليها ، و قد يدخل في ذلك المخاوف و الأوهام المرضية ، فقد يكون في السكون الموت و في الضوء الشديد تحـدد و في اللون الأحمر دماء و في اللون الداكن جنائز ... كل هـذا حسـب الحالـة النفسـية للمكتئب ، و قد نجد مثل هذه التحريفات تعبيرا داخليا عن المعاناة و الألم النفسي ، فيصف الفرد المثير و ما يدركه وصفا يعبر عن ذاته ، و قد تكـون المـدركات عكـس ذلـك . **لينوسون و آخرون (1980)**.

أما تحريف الذاكرة فقد لاحظ " **بيك** " أنه توجد لدى المكتئبين الـذاكرة الإنتقاليـة حيث يرى أنه يكثر نسيان المعلومات الإيجابية المرتبطة باللذة و السرور و كما يقل نسيان النعلومات السالبة المرتبطة بعدم السرور و الألم . و هذا ما أكده أيضـا **ماكـدوال** MC DOWALL في دراسته التي وجد أن تذكر الأحداث غير السارة عند المكتئبين نسـبتها مرتفعة مقارنة بتذكر الأحداث السارة .

أما ما يرتبط بالسلبية نحو الذات ، ففي إحدى الدراسات طلب مـن مجموعـات : الأولى من المكتئبين المشخصين طبيا ، و الثانية من المصابين بالإضطرابات النفسـية و الثالثة من الأشخاص العاديين بطلب من هؤلاء تقدير سلسلة من الكلمات على أساس قرب إنطباقها عليهم و عندما إبتهوا من ذلك ، طلب إليهم ثانية أن يتذكروا أكبر عدد ممكن من تلك الكلمات .

فنحصل أن مجموعة المكتئبين تذكرت الكلمات السلبية المرتبطة بوصف الـذات ، أكثر مما تذكرته المجموعتان الأخريتان 1981 ، DERRU et KINPER

و في دراسة أخرى ، سئل المكتئبون الذين يلازمهم الإكتئاب في أوقات الصباح أو المساء أن يتذكوا ذكرياتهم السلبية و القليل من ذكرياتهم الإيجابية فـي السـاعات التـي يكونون فيها مكتئبين ، و لا يحدث مثل هذا في الساعات التي يكونون فيهـا مكتئبـين . TEASDALE , CLARK ، 1982

و خلاصة ما توصل إليه بيك في محتوى عمليات التفكير لدى المكتئبين أن هـؤلاء الأفـراد يعـانون مـن وجـود مفـاهيم غيـر حقيقيـة بـل مشـوهة ، كالحرمـان DEPRIVATION ، و فقدان الذات Self – loss ، و تأنيب الضمير أو لوم الذات Self Blame ، و مطالب الذات . إضافة إلى إحترام الذات المنخفض ، و الهروب من الواقع بالإستغراق في التخيل ، و الميول أو الرغبات الإنتحاريـة ، و هـذه المـدركات المعرفية تكون مشوهة و غير حقيقية عند المكتئبين و يميلون إلى المبالغة فـي تضخيم أخطائهم ووصف العوائق التي تعترضهم . **أوديل أوسن** ODILE HUSAIN ،(2001 **).**

8- قياس الإكتئاب :

هناك العديد من المقاييس التي تحدد الإكتئاب أو التي تتعرض إلى التغيرات التي تطرأ على الحالة ، مجمل هذه المقاييس لا يقوم على نظرية معينة بل منبي على مجموع الأعراض النفسية التي تميز المكتئبين ، و سيتم التعرض لبعض خصائص هذه المقـاييس كأمثلة فيما يلي :

8-1- مقياس هاميلتون للاكتئاب HAMILTON Depression scale :

و الذي يرمز له بـ HA.MD و هو أكثر مقاييس تقدير الإكتئاب ، و يقوم هذا المقياس بتشخيص الإضطرابات الإكتئبية و تقدير مدى شدتها ، كما يتم من خلاله إختبار فاعليـة مضادات الإكتئاب ، و يحتوي المقياس على 17 عبارة يتم من خلاله تقدير حالة الإكتئاب و مدى وجودها و الإحساس بالذنب و أفكار الإنتحار و الأرق و النشاط و تباطؤ العمليات العقلية و التهيج و القلق و الأعراض الجسمية للقلق و إضطرابات المعـدة و الأعـراض الجسدية العامة و الأعراض الجنسية ووساوس المرض و نقص الوزن و التبصر .

8-2- **مقياس الإكتئابية** Deprissity scale: و هو مقياس ألماني من إعداد " **تسيرسن** TZERSSEN " ، و له صيغتين متكافئتين تتألف كل منهما من 16 بندا يقوم المفحوص بتقييم مدى إنطباقها عليه ، و يقيس هذا المقياس الأعراض الإكتئابية و تعكـر المـزاج و القلق المثار Dysphopia .

8-3- **قائمـة مركـز الدراسـات المرضـية للاكتئـاب** Centes for epidemiological studies scale CES.D.

صممت هذه القائمة في عام 1977 لقياس إنتشار الإكتئاب في عينات ذات السـن 16 فما فوق . و قد أثبت هذا المقياس صلاحيته و فعاليته في المجال الإكلتيكي ، و تقيس هذه القائمة مدة و شدة الضرر من خلال الأحاسيس الإكتئابية و الأعـراض الجسـدية و الكف الحركي و الأنماط السلبية من التفكير . و تقيس القائمة سمات مثل التردد و التعـب و اليأس و التقليل من قيمة الذات و الإحساس بالوحدة و الحزن و البكاء و الإنسـحاب و القلق ... و تصل إرتباطات القائمة مع مقياس بيك للاكتئاب و مقاييس أخرى إلى 0.09 ، و الصدق الداخلي لها إلى 0.89 . و هناك تعديل ألماني لها تحت إسـم القائمـة العامـة للاكتئاب " **لها و تستنغر و بايلر** BAILER et HAUTZINGER " .

8-4- **قائمة بيك للاكتئاب** BECK depression inventory (BDI) :

تعتبر قائمة " **بيك** " للامتئاب من القوائم واسعة الإنتشار في ميـادين علـم الـنفس الإكلينيكي و الطب النفسي و تستخدم منذ 30 سنة بوصفها أداة للتقويم الذاتي لتقدير شـدة الأعراض الإكتئابية بدأ من السن السادسة عشر حتى سن الشيخوخة

9- **شخصية المكتئب** :

إن المكون الرئيسي في الإضطراب الإكتئابي هو الحالة الإنفعالية الحادة مما يجعل شخصية المكتئب تتصف بالأعراض التالية :

1- يشعر المريض بالأسى و الحزن ، و تنتابه نوبـات البكـاء و التـوتر ، وفقـدان الموضوع المحبب إلى الذات ، كما يشعر بالقلق ، و توقع العقـاب ، و التـردد و عدم إمكانيته على الحسم ، و ضعف إتخاذ القرار ، و إتهامات يوجههـا ، نحـو الذات ، و هو غالبا ما يصاحبه الإحساس بالذنب و كثيرا ما يستغرق في التفكيـر بالموت ، فيشعر بالعجز و باليأس و يلوم ذاته و يستخف بها .

2- أن شخصية المكتئب تتميز بالإنسحابية و الرغبة في الإختفـاء و الإبتعـاد عـن الآخرين ،و كثرة الإخفاقات و الشكوة حول البدن ، و إنطفاء الميل نحو العمل ، و شعوره بالإعاقة ، و يكون طبعه حاد ، و غالبا ما تكون إهتماماته قليلة و يميل إلى الإبتعاد عن النشاطات المهمة .

3- يشكو المكتئب من الإحساس بالضيق الإنفعالي و فقدان الشهية، و نقص الوزن ، و يكون قلقا ، على صحته و ثروته و يعاني من الخوف و عدم الإستقرار و يـزداد الخوف و الإضطراب عنده و يردد كلمات تدل على فقدان الأمل و الحيرة و يعاني من فقدان الذات بحيث يرفض الطعام و يلوم ذاته .

4- ينتشر عند الشخصية المكتئبة الرغبة في الإنتحار ، و قد يقوم المريض بمحاولات الوصول إلى ذلك .

5- يصاب المكتئب في الحالات الشديدة حالة جفاف العدن حيث يعاني من الإمساك و يكون نبضه سريع و يكون تنفسه غير عميق و يقل لديه البول و يضطرب النوم و تتكرر نوبات الأرق .

6- يلاحظ عند شخصية المكتئب البطىء في الكلام و التفكير و الصعوبة في التركيز ، و الإعتقادات الخيالية الغير منطقية و التقليل من قيمة النجاح ، و تضخيم الفشل ، و تقدير الذات المنخفض ، و كرع الذات و عدم الرضى و الإعتماد على الغير .

7- يشعر المكتئب بالعدائية إتجاه الآخرين و يميل إلى الكذب كعملية تعويضـية لمـا يعانيه من متاعب إنفعالية و من سماته كذلك التذبذب بين النرجسية و تحقير الذات، و السلوك المضاد للمجتمع ، و القلق الإجتماعي و القابلية النبد .

8- تتصف شخصية المكتئب بسرعة الإحساس بالإجهاد ، والإنشغال بصحة البدن ، و فقدان القدرة الجنسية و التناقض الوجداني بين مشاعر الحب و الكراهية .

10- **علاج الإكتئاب** :

تعددت طرق ووسائل علاج الإكتئاب بتعدد النظريات التي إهتمت بهذا الإضطراب إذ يتجه الطب النفسي إلى العلاج بالأدوية و الصدمات الكهربائية أما النظريات الأخـرى فترتكز على البحث عن الأسباب و محاولة تعديل السلوك ، فالتيار السلوكي يعمل علـى تدعيم السلوك الإيجابي و تخفيض المثيرات المؤلمة و المسببة للاكتئـاب و العجـز أمـا الإتجاه المعرفي يعمل على تعديل خبرات المريض و الوصول إلى التوازن النفسي ، أمـا التحليل النفسي فيسعى إلى حل الصراع النفسي و تقوية دفاعات الأنا و تخفيف المعانـاة الناتجة عن الأنا الأعلى المؤدي إلى الشعور بالذنب و يمكن ذكرها على النحو التالي :

10-1- **العلاجات الطبية** :

10-1- 1 -**العلاج بالعقاقير** :

1- تستعمل أدوية منبهة للجهاز العصبي كمشتقات الأمفيتـامين أي المنشـطات مثـل : ديكسدرين ، بريلودين ، اليدبران ، وريتالين ، مكساتون ...) ، و تعمل هذه الأدوية على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر و بعث الطاقة الحيوية ، .

2- العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئـاب ، مثـل **النياميـد** NIAMID ، و **المـاربلان** MARPLAN **، النارديل** NARDIL و تعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مراكز الإنفعال ، كما أن لها أعراض جانبية مثل الدوار و إنخفاض ضغط الدم و جفـاف الحلق و صعوبات التبول وع إضطراب وظائف الكبد و زيادة أو تناقص القدرة الجنسية و قد يتحول الإكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه العقاقير .

3- العقاقير المتوسطة المضادة للاكتئاب ، من أمثالها دواء **نوفريل** NOVERIL و هو يعالج حالات الإكتئاب الذهاني .

4- العقاقير الشديدة المضـادة للاكتئـاب **كالتوفرانيـل** TOFRANIL **و بيوتـوفران** PETOFRAN ، و **أجيدال** AGEDAL و تستعمل هذه الأدوية في الحالات الشـديدة في الإكتئاب .

10-3- **العلاج بالصدمات الكهربائية** :

تعتبر الصدمات الكهربائية من أنجح العلاجات الخاصة بحالات الإكتئاب الـدوري و حتى البسيط إذا عجزت الأدوية و لكنها لا تصلح فـي حـالات الإكتئـاب العصـابي و الإكتئاب المزمن المصاحب للقلق .

10-4- العلاج النفسي :

1- تعددت العلاجات النفسية بتعدد الإتجاهات في تفسير و تشخيص الإكتئـاب ، فاتجـاه التحليل النفسي يتحدد بمدى ما تكون العلاقة و طرح الإشكال بين المريض و المعـالج و الكينية التي يتبناها المعالج و بالتالي يتحدد الشفاء حسب هذا الإتجاه بمدى ما تكون عليـه الغلاقة من قوة تسمح بقبول الطرفين و بالتالي يتقبل الموقف العلاجي نفسه و يكون الشفاء هذا بالنسبة للحالات الإكتئابية الشديدة و البسيطة .

10-5- العلاج عند بيك :

أما **بيك** فقد قدم أسلوبه العلاجي الذي يقوم على تعديل أخطاء التفكير و التصورات المضطربة ، على عكس نمودج ليفنسون و سيلغمان اللذين يقوما علـى تعـديل سـمات السلوك ، و قد طور " **بيك** " التقنيات التالية و هي :

1- الإنجاز التدريجي للوظائف و المهمات ووضع برامج للنشاطات .

2- وضع تقنيات المتعة و البراعة .

3- تسجسل الأفكار الآلية .

4- مواجهة الأفكار .

5- نزع الصيغة الكارثية و تطوير البائل .

6- بناء التوقهات الواقعية .

الباب الثاني:
الجانب الميداني

الفصل الخامس :

منهجية البحث

مكان إجراء البحث .

1- عينة البحث .

2- خصائص عينة البحث .

3- وسائل القياس و الخصائص السيكومترية .

4-1- قائمة أنماط إستراتيجيات التعامل مع الضغوط " الكوبين " لـ " لازاروس و " فولكمان " .

4-1-1- كيفية تطبيق المقياس .

4-2- قائمة حالة القلق – سمة القلق لـ " سبيلبرجر " SPIELBERGER

4-2-1- كيفية إستخدام المقياس .

4-3- قائمة " بيك " BECK الاكتئاب .

4-3-1- كيفية تطبيق المقياس .

5- المعالجة الإحصائية .

6- نتائج الدراسة الإستطلاعية .

تمهيـــــد :

بعدما تطرقنا إلى الإعاقة و إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " و إرتباطها بالإضطرابات النفسية كالقلق و الإكتئاب ، سنخصص هذا الفصل بتحديد المنهجية المتبعة من خلال طرق إختيار العينة و خصائصها و القياسات المستعملة في الدراسة .

1- منهجية البحث :

1-1- مكان إجراء البحث :

تم تحديد مكان إجراء الدراسة من طرف الباحث في مواقع محددة من قبل ، و تتمثل هذه الأماكن في مستشفى الدويرة الجامعي و مستشفى تقصراين و مستشفى بن عكنون ، و نظرا لرفض رؤساء مصالح لكل من مستشفى تقصراين و الدويرة لإجراء الإختبارات على المعاقين و المصابين بالعاهات ، تم الإقتصار على مستشفى بن عكنون و خاصة مصلحة التأهيل الحركي ، بالإضافة إلى الإستعانة بالإتحادية الجزائرية للمعاقين الموجود مقرها ببن عكنون ، و جمعية الأمال لمساعدة المعاقين الموجود مقرها بباب الواد .

1-2- عينة البحث :

قمنا باختيار عينة البحث على أساس عاملين هما :

1-2-1- السن :

يتراوح سن أفراد العينة ما بين 17 و 50 سنة و هذا لدراسة الفروق بين الفئات العمرية و علاقتها باستعمال إستراتيجيات الكوبين و آثارها على مستوى القلق و الإكتئاب .

1-2-2- طبيعة الإعاقة :

و يقصد بها تصنيف المعاقين و تحديد فئة الإعاقة الحركية و هي كل عاهة على مستوى أعضاء الحركة و التي تؤثر بالدرجة الأولى على تنقل الفرد و على آدائه في مختلف المهام اليومية .و قد تم إنتقاء أفراد العينة بصفة عشوائية إذا توفرت الخصائص التي ذكرت من قبل و بذلك فان إختيارها يخضع للصدفة أو الإختيار العشوائي . و معنى

هذا أننا نسمح بإعطاء كل الأفراد المعاقين حركيا نفس الفرصة في الإنتماء إلى عينة البحث .

3-1- خصائص عينة البحث :

في بداية الدراسة تم تحديد أفراد العينة بـ 140 حالة لكن نظرا لوجود بعض الصعوبات خاصة لدى فئة المعاقين و نظرا لعدم تمكننا من الحصول على كل الإستبيانات الخاصة بالإختبارات التي تم توزيعها ، إكتفينا بـ 111 حالة من المعاقين حركيا تتراوح سنهم بين 17- 50 سنة ، موزعين بين 61 من الذكور و 50 من الإناث ، و بعد تفريغ أجوبة المبحوثين تحصلنا على توزيع أفراد العينة كالتالي:

جدول رقم (1) يمثل توزيع أفراد العينة حسب السن :

عدد الفئات	الفئات	التكرارات	النسبة المئوية
1	17-33	51	45.94 ٪
2	34-50	60	54.05 ٪
المجموع	17-50	111	100 ٪

يمثل الجدول رقم (1) توزيع أفراد العينة حسب السن ، و ينقسم أفراد العينة المتكونة من 111 فرد إلى فئتين : الفئة العمرية الأولى محصورة ما بين 17-33 سنة و تمثل نسبة 45.94 ٪ من العينة الكلية ، بينما الفئة العمرية الثانية فهي محصورة ما بين 34-50 سنة و تمثل نسبة 54.05 ٪ من العينة الكلية .

جدول رقم (2) يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس :

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
ذكور	61	54.94٪
إناث	50	45.04٪
المجموع	111	100٪

يمثل الجدول رقم (2) توزيع أفراد العينة حسب الجنس ، و ينقسـم أفـراد العينـة المتكونة من 111 فردا إلى فئتين ، فئة الذكور تمثل نسبة 54.94 ٪ من مجموع العينـة، بينما عدد الإناث يمثل 50 فردا و يمثل نسبة 45.04 ٪ من المجموع الكلي .

جدول رقم (3) يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية :

الحالة المدنية	التكرار	النسبة المئوية
متزوج	62	55.85 ٪
أعزب	46	٪41.44
مطلق	3	٪2.70
المجموع	111	٪100

يمثل الجدول رقم (3) توزيع أفراد العينة حسب الحالة الإجتماعية ، و تنقسم إلى فئتين رئيسيتين ، فئة المتزوجين و تقدر بـ 62 حالة و تمثل 55.85 ٪ من الفئة الكلية و فئة العازبين و تقدر بـ 46 حالة و تمثل نسبة 41.44 ٪ .

جدول رقم (4) يبين توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني :

النشاط المهني	التكرار	النسبة المئوية
بطال	35	٪31.53
موظف	67	٪60.36
طالب	9	٪8.10
المجموع	111	٪100

يمثل الجدول رقم (4) توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني و تنقسم إلى فئتين رئيسيتين ، فئة الموظفين و ذوي الأنشطة المهنية المختلفة و تمثل 67 حالة بنسبة تقدر بـ 61.36 ٪ من العينة الإجمالية ، و فئة البطالين و تقدر بـ 35 حالة و تمثل نسبة 31.53 ٪ من العينة الإجمالية .

4- وسائل القياس و الخصائص السيكومترية :

إعتمد الباحث في دراسة إستراتيجيات التعامل ، مع الضغوط النفسية و علاقتها بمستوى القلق و الإكتئاب على مجموعة من المقاييس و هي :

1- قائمة أنماط إستراتيجيات التعامل مع الضغوط لـ " **لازاروس** " LAZARUS " **و** " **فولكمان** " FOLKMAN : ways of coping check- list .

2- قائمة حالة القلق – سمة القلق – **لسبيلبرجر** The state trait – Anxiety inventory ; SPIELBERGER et , AL .

3- قائمة **بيك** للاكتئاب BECK depression inventory.

4-1- قائمة أنماط إستراتيجيات التعامل : Ways of coping check – list .

** يعتبر " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " من الأوائل الذين درسوا إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و عليه فقد وضعا مقياس لتحديد الإستراتيجيات التي يستعملها الأفراد لمواجهة كا المواقف الضاغطة ، فمن خلال عينة ضمت 100 حالة من مختلف الجنسين قاما بمحاولة معرفة مختلف الأساليب التي يتخذها الأفراد في مواجهة الضغوطات خلال مدة قدرت بـ 7 أشهر ، فتم تقديم قائمة متكونة من 68 بندا ، أظهرت النتائج أن 98 ٪ من الأفراد يستعملون نمطين من الإستراتيجيات:

الأولى مجموعة من الإستراتيجيات مركزة حول المشكل . و الثانية إستراتيجيات المركزة على الإنفعال .

بعدها تمت مراجعة هذه القائمة من طرف " **لازاروس** " **و** " **فولكمان** " **(1984)** ، و قاما بوضع أربعة أشكال للاجابة و هي :

- إطلاقا .
- إلى حد ما .

- كثير .
- كثير جدا .

و تم تعديل هذه القائمة و أصبحت تحتوي على 67 بند .و لإختبار صدق هذا المقياس إعتمد " لازاروس " و " فولكمان " على إستجواب 100 فرد بصفة مكثفة و طلب منهم وصف وضعية مزعجة تعرضوا لها و تحديد من بين الإستراتيجيات المقترحة الأكثر إستعمالا في مواجهة هذا الموقف أو المشكل .

و قد قسم " **لازاروس** " و " **فولكمان** " مقياس أنماط إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " **الكوبين** " إلى ثمانية ، إثنين منها مركزة حول المشكل ، و ستة إستراتيجيات مركزة حول الإنفعال ، و تتمثل هذه الإستراتيجيات فيما يلي : (PAUHAN , 1992) .

1- الإستراتيجيات المركزة على المشكل :

الإستراتيجيات	البنود
التخطيط لحل المشكل	1-2-26-39-49-52-62-63.
المواجهة	5-6-7-17-28-34-46-48-61.

2- **الإستراتيجيات المركزة على الإنفعال** :

الإستراتيجيات	البنود
أخذ المسافة	4-12-13-24-32-41-44.
إعادة التقييم الإيجابي	15-20-23-27-30-36-38-60.
التحكم في الذات	40-14-35-37-43-51-54-56-65.
لوم أو توبيخ الذات	9-25-29-53 .
السند الإجتماعي	8-18-22-31-42-45-64.
الهروب	3-11-16-19-21-33-40-47-50-55-57-58-59-66.

4-1-1- كيفية تطبيق المقياس :

يطبق مقياس " **لازاروس** " و " **فولكمان** " لإستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " بصفة فردية على النحو التالي :

1- وصف موقفا ضاغطا تعرضت له أو مشكلة خلال فترة شهر أو أسبوع .

2- ضع علامة **(x)** على الطريقة أو الإستراتيجيات التي كنت قد أستعملتها في التعامل مع الموقف ؛ و ذلك من خلال قائمة متكونة من 1 إلى 67 بند بحيث تضع علامة **(x)** على سلم من الإحتمالات و هي :

- إطلاقا .
- إلى حد ما .
- كثير .
- كثير جدا .

أما بالنسبة للوقت المحدد للاجابة على أسئلة المقياس فيطلب من المستجوب الإسراع قدر الإمكان في الإجابة على الإختبار .

أما كيفية تنقيط المقياس ، فتتم وفق سلم متدرج من 0 إلى 3 إذ تمنح :

- نقطة (0) إذا كانت الإجابة : إطلاقا .
- نقطة (1) إذا كانت الإجابة : إلى حد ما.
- نقطة (2) إذا كانت الإجابة : كثير .
- نقطة (3) إذا كانت الإجابة : كثير جدا .

** و هو تنقيط معتمد في جميع البنود .

4-2-قائمة حالة القلق– سمة القلق لسبيلبرجر : SPIELBERGER

قام بإعداد قائمة حالة و سمة القلق كـل مـن " **سـبيلبرجر " و " جوستسـن** " SPIELBERGER et GORSURCHUSENE , 1970 ، و أطلقوا على هذه القائمة عنوان " **إستفتاء تحليل الذات** " و نقلتها إلى البيئة العربية **. أمينة كاظم،** 1978 و أحمد عبد الخالق ، و عبد الرقيب البحيري ، و يتكون مقياس سمة القلـق لهـذه القائمـة مـن عشرين عبارة يطلب من الأفراد أن يصفوا كيف يشعرون في العادة .

كما يتكون المقياس من عشرين عبارة لكل من مقياس حالة القلق ، و سمة القلـق، وتتطلب التعليمات فيها من الأفراد أن يوضحوا كيف يشعرون في لحظة معينة من الزمن .

و الفرق بين قلق الحالة و قلق السمة هي التفرقة التي برأها " **كاتل** " CATTELL et SCHEIR , 1961 و طورهـــا آخـــرون HERTZOG , NESSOL RSADE ,1987 SPIELBERGER et AL , KENNY et CAMBELL 1981 , SHAPPAD 1989 .

و السمة هي خاصية أو صفة ذات دوام نسبي يمكن أن يختلف فيها الأفراد فتميـز بعضهم عن بعض ، أي هناك فروقا فردية فيها ، و قد تكون السمة وراثية أو مكتسـبة ، كما يمكن أن تكون جسمية أو معرفية أو لإنفعالية أو متعلقة بمواقف إجتماعية . **أحمد عبد الخالق ، (**1994) . أما قلق الحالة فهي بعد في الشخصية يصف التغيير عبر الزمن لدى فرد واحد أو جماعات من الأفراد ، و هي كذلك بعد عاملي يشير إلى التغير داخل الفرد ، على عكس السمة التي تصف الفروق بـين الأفـراد فـي أي وقـت CATTELL et SCHEIR , 1961.

كما أن الحالة قطاع عرضي مؤقت و عابر في تيار حيـاة الفـرد . عبـد الغفـار الدماطي ، **أحمد عبد الخالق . (**1989) ، و تعرف الحالة النفسية بأنها ظرف إنفعـالي عابر و إنتقالي و تختلف في الشدة عبر الزمن .

و يطلب في مقياس الحالة أن يعبر الفرد عما يشعر به في تلك اللحظة . أما السـمة فتشير إلى قابلية أو تهيؤ ثابت و نسبي لسلوك محدد ، بحيث يجيب الفرد علـى عباراتـه تبعا لما يشعر به بوجه عام .

و تشير الحالات النفسية إلى إستجابات إنفعالية تظهر على الفـرد لظـروف بيئيـة مختلفة أو لتغيرات في الظروف البيئية . **عبد الغفار الدماطي ، أحمـد عبـد الخـالق ، (1989)** .

و تحدث هذه الإستجابات ردا على كل تغير مهم يحدث في البيئـة ، حيـث تـؤثر الإنفعالات بقوة في السلوك و في الصحة .

و يتكون سلم المقاييس من أربع مستويات و هي :

1- لا أشعر بذلك مطلقا .

2- أشعر بذلك إلى حد ما .

3- أشعر بذلك وسط .

4- أشعر بذلك كثيرا .

تنقسم البنود العشرون إلى عشرة إيجابية و العشرة الأخرى سلبية .

أما في القسم الثاني فهي تنقسم إلى 8 إيجابية و 12 عشر سلبية .

و يتم تنقيط مستويات البنود حيث تعطى درجة كالآتي :

1- مطلقا درجة (1) .

2- إلى حد ما درجة (2) .

3- وسط درجة (3) .

4- كثيرا درجة (4) .

و تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 20 و 80 نقطة ، و كلما إرتفعت الدرجة كـان ذلك مؤشر على الإضطراب ، و كلما إنخفضت الدرجة كان ذلك مؤشـر لعـدم وجـود إضطراب القلق .

4-2-1- **إستخدام المقياس** :

يستخدم المقياس كأداة للأفراد الذين يختلفون في إستعدادهم للاستجابة لمواقف الشدة أو التعصب بمستويات مختلفة الشدة من حالة القلق . و يستطيع البـاحثون أن يسـتخدموا مقياس حالة القلق لتحديد مستويات شدة حالة القلق الواقعية التي تحدث بواسطة إجراءات تجريبية ، و قد إتضح أن الدرجات على مقياس حالة القلق تزداد للاستجابة لأنواع مـن الضغوط الحادة .

4-2-2- **ثبات المقياس** :

تشير دراسات " **سبيلبرجر** " و زملاءه أن الإرتباط جوهري موجب بين مقياس حالة القلق و سمة القلق ، أي أن الفراد من ذوي الدرجة المرتفعة في سمة القلق يميلون إلى أن يكشفوا عن إرتفاع في حالة القلق . و يعتمد إرتفاع حالة القلق في موقـف معـين علـى المدى الذي يدرك فيه الفرد هذا الموقف على أنه مهدد ، على أساس من خبراته السابقة .

و الإتساق الداخلي لمقياس سمة القلق و حالة القلق مرتفع لكن ثبات الإستقرار فهو مرتفع فقط لمقياس السمة .

و قد تم حساب ثبات المقياس ، حيث كانت قيم ثبات سمة القلق تتراوح بين 0.73 و 0.86 للذكور ، و بين 0.76 و 0.77 للاناث .

أما قيم معاملات الثبات لمقياس حالة القلق فقد تراوحت بين 0.33 و 0.54 للذكور ، و بين 0.16 و 0.31 للاناث . **امينة كاظم (1970)** .

4-2-3- صدق المقياس :

و قد إعتمد صدق المقياس سمة القلق في صيغته الأمريكية على الصدق التلازمي حيث يعتمد هذا النوع من الصدق على درجة إرتباط درجات الأفراد على المقياس بمحك خارجي . و قد إستخدم مقياس " **تايلور** " و " **كاتل** " و " **شاير** " كمحكمات للصدق التلازمي لمقياس سمة القلق ، حيث كانت معاملات الإرتباط بينهما : **0.75 ؛** 0.77 **؛**0.83 .

و قد أستخدم صدق المفهوم لقياس صدق قائمة حالة القلق حيث يتسق مفهوم القلق كحالة وقتية متغيرة مع نتائج المقياس ، و ذلك بقياس قدرة المقياس على التمييز بين مستوى القلق لمجموعة من الأفراد في مواقف مختلفة الشدة .

و قد أستخدم **فاروق عثمان (1993)** في قياس صدق قائمة حالة القلق طريقة الصدق التلازمي و ذلك بايجاد العلاقة الإرتباطية بين صدق قائمة القلق و الإغتراب ، و تؤكد النتائج أنه يوجد إرتباط موجب بين حالة القلق و الإغتراب (0.43) و سمة القلق و الإغتراب (0.56) و كلا القيمتين لمعاملات الإرتباط دال إحصائيا عند مستوى 0.01 .

4-3- قائمة بيك للاكتئاب : (BDI) BECK depression inventory

يعرف هذا المقياس بقائمة " **بيك** " للاكتئاب BECK depression inventory ، و هو عبارة عن قائمة للتقرير الذاتي أعدت خصيصا لقياس درجة الإكتئاب على العينات المكتئبة ، و كذلك معاينة الأعراض الإكتئابية على العينات المصابة بمختلف الإضطرابات .

و تعتبر قائمة " **بيك** " للاكتئاب من القوائم الواسعة الإنتشار في ميادين علم النفس الإكلينيكي و الطب النفسي ، و تستخدم بنجاح منذ أكثر من ثلاثين سنة بوصفها أداة

للتقويم الذاتي لتقدير شدة الأعراض الإكتئابية ، بدأ من سن السادسة عشرة وصولا إلـى سن الشيخوخة المتأخرة .

و قد تم تصميم القائمة في صيغتها الأولى في عام 1961 من طرف " **أرون بيـك و آخرون** " ، و ذلك إستنادا إلى الملاحظات العيادية للمرضى المكتئبين ، و تم تحديد أكثر الأعراض و الشكاوي المنتشرة لديهم ، و جعلت في قائمة تضم (21) بندا تقيس المـزاج الحزين و التشاؤم و الفشل و عدم الرضى و مشاعر الذنب و البكاء و التهيج أو القابليـة للاثارة و الإنسحاب الإجتماعي و عدم القدرة على إتخاذ القرار و إضـطرابات النـوم و فقدان الشهية و الوزن ...الخ .

كما تصلح القائمة لأغراض قياس العملية العلاجية ، و تناسب مرضـى الطـب و العلاج النفسي . و لم يتم الإستناد إلى خلفية نظرية معينة في إعداد القائمة ، و مـن هنـا يمكن أن تكون مقبولة من طرف الإكلينيكية و المتخصصين النفسـيين و الأطبـاء مـن الإتجاهات النظرية المختلفة الذين يهتمون بالقياس ، حيث تم الإستعانة به فـي حـوالي 1000 بحث ، كما تمت ترجمته إلى عدة لغات .عن كشرود هـدى ، **بوسـنة محمـود** . BECK et AL, 1988 .

و في عام (1971) تم نشر الصيغة المعدلة للقائمة التي تضمنت بعض التعديلات و التحسينات كالغاء النفي المزدوج و تغيير صياغة مجموعة من البنود . و أصبحت تتكون من 13 مجموعة من الأعراض السابقة و هي :

1- الحزن .

2- التشاؤم .

3- الشعور بالفشل .

4- عدم الرضا .

5- الشعور بالذنب .

6- مشاعر سلبية إتجاه الذات .

7- إيذاء الذات .

8- الإنسحاب الإجتماعي .

9- التردد .

10- تغيير صورة الذات .

11- صعوبة العمل .

12- التعب .

13- فقدان الشهية .

- و ترجم المقياس للعربية لأول مرة سنة 1981 من طرف . **غريب عبد الفتاح غريب** . و إستخدم بعد ذلك في عدة دول و قد ثبت صدقه و ثباته . **غريب عبد الفتـاح غريـب (1993)** .

- و يشير **. أحمد عبد الخالق** إلى وجود صيغة أخرى مختلفة عن القائمة هذه ، حيـث منهم من إعتمد على الصيغة المنشورة في عام **(**1961) و منهم من إعتمد على الترجمـة الحرفية دون القيام بإجراءات إختبار التكافؤ و منها من إعتمد في الترجمة علـى البيئـة المحلية التي يصعب فهمها من قبل مفحوصين من بيئات عربية .

كما تتوفر نسخة مترجمة لقائمة " **بيك** " للاكتئاب عرضها . **عبد الستار إبراهيم** . و تتضمن بعض الإختلاف عن النسخة المنشورة في دليل التعليمات الصادرة عام (1993**)** ، حيث تضمنت بعض البنود ، بندين فرعيين كالبند رقم (2) من المجموعة الأولـى الـذي يتضمن :

2- أ- الحزن و الإنقباض يسيطران على طول الوقت و لا يستطيع الفكاك منهما .

2-ب- أشعر بالحزن و التعاسة لدرجة مؤلمة . و لم يشر المترجم إلـى الصـيغة التـي أعتمد عليها في الترجمة .

و قد قدر معامل الإرتباط بـين النسـخة الأصـلية و المعدلـة بـ 0.96 ، **(1972)** BECK et AL ,

إلا أن العديد من الأبحاث مازالت تستخدم الصيغة الأصلية .

* و قد إستخدمنا في بحثنا هذا الصورة المختصرة من المقياس التي تتميز باسـتخدان اللغة العربية الفصحى السهلة الفهم .

4-3-1- كيفية تطبيق مقياس " بيك " للاكتئاب :

يحتوي مقياس بيك على تعليمات يطلب من المبحوث قراءة كل مجموعة على حدة ، ثم يقوم باختبار البند الذي يصف حاله ، و يكون مرقم من 0 إلى 3 ، و يصف حالته خلال ذلك اليوم أو خلال الأسبوع الماضي ، و يتدخل الباحث إذا كان هناك غموض بالنسبة لبعض فقرات البنود .

و يتكون مقياس " **بيك** " من ثلاثة عشر مجموعة من العبارات ، و تتكون كل مجموعة من أربعة عبارات متدرجة من 0 إلى 3 .

و لتحديد الدرجة الكلية للمقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المبحوث في المجموعات الثلاثة عشر إذ تتحدد نقاط الدرجات على المقياس من 0 إلى 39 نقطة و هي أعلى درجة في الإكتئاب .

و تقدر درجات الإكتئاب و مدلولها كالتالي :

درجة الإكتئاب	**مدلول درجة الإكتئاب**
0 – 4	لا يوجد إكتئاب
5 – 7	إكتئاب معتدل
8 – 15	إكتئاب متوسط
16 فما فوق	إكتئاب حاد

و من خلال هذا الجدول يتبين لنا أن إنعدام الإكتئاب عند المبحوثين عندما تكون درجته تتراوح بين 0- 4 نقاط ، أما عندما يكون الإكتئاب معتدل تكون بين 5- 7 نقاط ؛ أما بالنسبة لدرجة الإكتئاب المتوسط تكون بين 8 – 15 نقاط ، أما درجة الإكتئاب الحاد تكون من 16 نقطة إلى ما فوق .

5- المعالجة الإحصائية :

قمنا بتحليل معطيات الإختبارات و النتائج التي تحصلنا من خلالها على التحليل الإحصائي و ذلك باستعمال البرنامج الإحصائي S.P.S.S. .

و تم إختبار صحة الفرضيات من خلال إستعمال الإختبارات الإحصائية التالية :

5-1- إختبار فريدمان : FRIEDMAN :

يهدف إختبار فريدمان إلى ترتيب القيم الكمية إلى متوسطات رتبية وإظهار معدلاتها .

5-2- المتوسطات الحسابية :

يرمز للمتوسط الحسابي ($\bar{X}$)و يتم حسابه بتقسيم مجموع قيم العينة من x_1 إلى x_n على عددها و يعطى بالقانون التالي :

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} X_i}{N}$$

حيث يمثل :

$\sum_{1=n}^{1=n} X_i$: مجموع قيم الأفراد

n : عدد الأفراد (حجم العينة) .

و قد تم حساب كل المتوسطات الحسابية باستعمال الإعلام الآلي .

5-3- الإنحرافات المعيارية :

يعتبر الإنحراف المعياري الأكثر إستعمالا للتشتت ، و هو يعبر على الفرق بين قيم التي تحصلنا عليها من الميدان xi و المتوسط الحسابي X لهذه القيم ، و نحصل عليه بتطبيق القاعدة القانونية التالية :

$$S = \sqrt{\sum_{i=1}^{i=n} (X_i - \bar{X})^2}$$

5-4- إختبار الدلالة t . test :

يختبر الفرق بين متوسطين حسابيين يرجع إلى الصدفة أو أنه فرق جوهري يدل على أن العينتين مختلفين في المتوسطات فعلا .

و لمعرفة الدلالة الإحصائية للفرق بين متوسطين يسمح إختبـار الدلالـة t . test بتحويل الفرق إلى قيمة معيارية . و نحسب قيمة t وفقا للقانون التالي :

$$t=\frac{\bar{X}1-\bar{X}2}{\sqrt{\left[\frac{(n1-1)S_1^2+(n2-1)S_2^2}{n1+n2-2}\right]\left[\frac{n1+n2}{n1*n2}\right]}}$$

5-5- معامل إرتباط : PEARSON الخاص بالمعطيات الكمية :

يهدف معامل إرتباط PEARSON إلى معرفة إن كانت هناك علاقة بين متغيرين ، مع تحديد درلاجة الإرتباط بينهما : و يستخدم لوصف طبيعـة العلاقـة الإرتباطيـة ، و يحسب معامل " **برسون** " بالقانون التالي :

$$r=\frac{N\sum_{i=1}^{i=n}Xi\,Yi-\sum_{i=1}^{i=n}Xi\sum_{i=1}^{i=n}Yi}{\sqrt{\left[\left(N\sum_{i=1}^{i=n}X^2i-\left(\sum_{i=1}^{i=n}Xi\right)^2\right]\left[\left(N\sum_{i=1}^{i=n}Y^2i-\left(\sum_{i=1}^{i=n}Yi\right)^2\right]}}$$

6-5- معامل التوافق :

يعتبر معامل التوافق الذي يرمز له بـ " C " أكثر ثباتا مـن معامـل " **فـاي** " و يستعمل لحساب التوافق بين المتغيرات ثنائية التقييم أي دراسة العلاقة الإرتباطيـة بـين المتغيرات الكيفية التي تتجاوز إثنين .

6- **نتائج الدراسة الإستطلاعية** :

قمنا في بداية الدراسة الإستطلاعية بتوزيع قائمة أنماط إستراتيجيات التعامـل مـع الضغوط النفسية " الكوبين لـ "**لازاروس " و " فولكمان** " على مجموعة من أفراد عينة بصفة تجريبية لقياس درجة ثبات القياس وفقا للخطوات التالية :

تم توزيع الإختبار على مجموعة تقدر بـ 42 فرد موزعين علـى 22 ذكـور و 20 إناث .

ثم باستعمال طريقة التجزئة النصفية بين الذكور و الإناث لحساب ثبـات الإختبـار إعتمادا على الحاسوب باستعمال برنامج S.P.S.S. .

و قد تحصلنا على مستوى ثبات قدر بـ 0.7541 بالنسـبة لإختبـار قائمـة أنمـاط إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية .

أما الإختبار الثاني فهو مقياس قلق الحالة لـ " **سبيلبرجر** " الذي تم توزيعه على نفس أفراد العينة و تحصلنا على مستوى من الثبات قدر بـ 0.6339 .

أما بالنسبة للاختبار الثالث فهو مقياس " **بيك** " BECK للاكتئاب و الذي تو توزيعه على نفس عدد أفراد العينة و تحصلنا على مستوى من الثبات قدر بـ 0.7568 .

الفصل السادس :
عرض وتحليل النتائج

1-عرض نتائج المقاييس .

2-عرض نتائج الفرضيات .

3-تحليل ومناقشة نتائج الفرضيات .

عرض النتائج :

جدول رقم (9) يبين إختبار فريدمان FRIEDMAN لترتيـب متوسـط إسـتراتيجيات التعامل مع الضغوط كوبين ل لازاروس و فولكمان :

الإستراتيجيات	المتوسط الرتبي		قيمة X^2	مستوى الدلالة
التخطـيط لحـل المشكل	4.63	5		
المواجهة	4.66	4		
أخذ المسافة	3.51	7		
إعــادة التقيــيم الإيجابي	4.82	3	477.60	0.00
التحكم في الذات	5.85	2		
لـوم أو تـوبيخ الذات	1.13	8		
السند الإجتماعي	3.70	6		
الهروب	7.70	1		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه ، أن المعاقين بمختلف إتجاهاتهم و تعـدد مشـاكلهم المرتبطة بالإعاقة يستعملون إستراتيجية الهروب أو التجنب فـي المواقـف الضـاغطة بالدرجة الأولى ، حيث بلغت متوسط الرتب لهذه الإستراتيجية (7.70) ، ثم تليها إستعمال إستراتيجية التحكم في الذات قيمة متوسط الرتب (5.85) ، ثم تليها إستعمال إسـتراتيجية إعادة التقييم برتبة (4.82) ، ثم تليها إستعمال إستراتيجية المواجهة بمتوسط رتبي (4.66) ، ثم تليها إستعمال إستراتيجية التخطيط لحل المشاكل ب (4.63) ، ثـم تليهـا إسـتعمال إستراتيجية السند الإجتماعي برتبة (3.70) ، ثم تليها إستعمال إستراتيجية أخـذ المسـافة برتبة (3.51) ، و أخيرا إستراتيجية لوم أو توبيخ الذات برتبة (1.13) .

جدول يبين نتائج توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب الجنس :

الجنس / نوعية المشاكل	ذكر		أنثى		النسبة المئوية
مشاكل مادية	13	%61.90	8	%38.09	%100
مشاكل إجتماعية	33	%58.92	23	%41.07	%100
مشاكل عاطفيـة و نفسية	8	% 40	12	%60	%100
مشاكل صحية	7	%50	7	%50	%100
المجموع	61	%54.95	50	%45.04	%100

يبين الجدول أعلاه توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب الجنس ، حيث تمثل المشاكل المادية 61.90 % لدى الذكور و 38.09 % لدى الإنـاث ، كمـا أن المشـاكل الإجتماعية تمثل نسبة 58.92 % لدى الذكور ، و 41.07 % بالنسبة للاناث .

كما أن المشاكل العاطفية و النفسية تمثل 40 % لدى الذكور و 60 % لدى الإنـاث ، أما المشاكل الصحية فتمثل 54.95 % بالنسبة للذكور و 45.04 % بالنسبة للاناث .

جدول يبين نتائج توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب الحالة الإجتماعية :

الحالة الإجتماعية / نوعية المشاكل	عازب		متزوج		مطلق		النسبة المئوية
مشاكل مادية	11	%52.38	8	%38.09	2	%9.52	%100
مشـــــاكل إجتماعية	25	%46.29	28	51.85	1	%1.85	%100
مشاكل عاطفية نفسية	15	%75	5	%25			%100
مشاكل صحية	10	%71.42	4	%28.57			
المجموع	62	%55.85	46	%41.44	3	%2.70	%100

يبين الجدول أعلاه توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب الحالة الإجتماعية ، حيث تمثل نسبة المشاكل المادية لدى العازبين نسبة 52.18 ٪ بينما تمثل نسبة المشاكل المادية لدى المتزوجين نسبة 38.09 ٪ أما المطلقين فتمثل 9.25 ٪ ، أما المشاكل الإجتماعية لدى العازبين فتمثل 46.29 ٪ ، أما عند المتزوجين فتمثل 51.85 ٪، و المطلقين 1.85 ٪، بالنسبة للمشاكل النفسية و العاطفية فتمثل نسبة 75 ٪ لدى العازبين ، و 25 ٪ لدى المتزوجين .أما المشاكل الصحية فتمثل 71.42 ٪ لدى العازبين و 28.57 ٪ لدى المتزوجين .

جدول يبين نتائج توزيع نوعية المشاكل حسب فئات السن :

فئة السن / نوعية المشاكل	17 – 33		34 – 50		النسبة المئوية
مشاكل مادية	9	٪45	11	٪55	٪100
مشاكل إجتماعية	24	٪42.85	32	٪57.14	٪100
مشاكل نفسية و عاطفية	13	٪59.09	9	٪40.90	٪100
مشاكل صحية	6	٪46.15	7	٪53.84	٪100
المجموع	52	46.84٪	59	٪53.15	٪100

يبين الجدول أعلاه توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب فئات السن ، حيث نلاحظ أن المشاكل المادية لدى فئة 17 – 33 سنة تمثل نسبة 45 ٪ ، و فئة 34 – 50 سنة تمثل نسبة 55 ٪ .

أما بالنسبة للمشاكل الإجتماعية فانها تمثل 42.85 ٪ بالنسبة لفئة السن بين 17 – 33 سنة ، و 57.14 ٪ بالنسبة لفئة السن 34 – 50 سنة .

أما بالنسبة للمشاكل النفسية و العاطفية فان فئة 17 – 33 سنة تمثل نسبة 59.09 ٪ ، أما فئة 34 – 50 فتمثل 40.90 ٪ ، أما بالنسبة للمشاكل الصحية فتمثل فئة 17 – 33 سنة نسبة 46.15 ٪ أما فئة 34 – 50 سنة فتمثل نسبة 53.84 ٪ .

جدول يمثل نتائج توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب النشاط المهني :

النشاط المهني / نوعية المشاكل	بطال		موظف		طالب		النسبة المئوية
مشاكل مادية	7	35٪	10	50٪	3	15٪	100٪
مشـــــاكل إجتماعية	18	32.14٪	36	64.28	2	3.57٪	100٪
مشاكل نفسية و عاطفية	7	35٪	11	55٪	2	10٪	100٪
مشاكل صحية	3	20٪	10	66.66٪	2	13.33٪	100٪
المجموع	35	31.53٪	67	60.36٪	9	8.10٪	100٪

يبين الجدول أعلاه توزيع نوعية المشاكل لدى المعاقين حسب النشاط المهني ، حيـث نلاحظ أن المشاكل المادية لدى البطالين تمثل 35 ٪ بينما عند المـوظفين تمثـل 50 ٪ ، بينما عند طلاب الجامعة و المعاهد الخاصة تمثل 15 ٪.

أما المشاكل الإجتماعية فتمثل لدى البطالين 32.14 ٪، بنما تمثل لدى المـوظفين نسـبة 64.28 ٪ ، و لدى الطلاب تمثل نسبة 3.75 ٪ .

أما المشاكل النفسية و العاطفية فتمثل 35 ٪ لدى البطالين ، و 55 ٪ لدى المـوظفين و 10 ٪ لدى الطلاب .

أما المشاكل الصحية فتمثل 20 ٪ لدى البطالين و 66.66 ٪ لدى المـوظفين و 13.33 ٪ لدى الطلاب .

عرض العمليات الخاصة بالإستراتيجيات :

جدول رقم (9) يبين نتائج إستراتيجية حل المشكل :

نتائج إستراتيجية التخطيط لحل المشكل	عدد التكرارات	النسبة المئوية
3	1	0.9٪
5	3	2.7٪
6	2	1.8٪
7	4	3.6٪
8	6	5.4٪
9	14	12.6٪
10	10	9٪
11	13	11.7٪
12	9	8.1٪
13	16	14.4٪
14	14	12.6٪
15	9	8.1٪
16	4	3.6٪
17	1	0.9٪
18	1	0.9٪
19	2	1.8٪
21	2	1.8٪
	111	100٪

جدول رقم (10) يبين نتائج إستراتيجية المواجهة :

نتائج إستراتيجية المواجهة	عدد التكرارات	النسبة المئوية
2	1	٪ 0.9
4	3	٪ 2.7
5	4	٪ 3.6
6	3	٪ 2.7
7	3	٪ 2.7
8	9	٪ 8.1
9	10	٪ 9
10	10	٪ 9
11	7	٪ 6.3
12	10	٪ 9
13	15	٪ 13.5
14	5	٪ 4.5
15	13	٪ 11.7
16	10	٪ 9
17	4	٪ 3.6
19	2	٪ 1.8
21	2	٪ 1.8
	111	٪ 100

جدول رقم (11) يبين نتائج إستراتيجية أخذ المسافة :

نتائج إستراتيجية أخذ المسافة	عدد التكرارات	النسبة المئوية
2	3	2.7٪
4	1	9٪
6	4	3.6٪
7	13	11.7٪
8	12	10.8٪
9	17	15.3٪
10	13	11.7٪
11	14	12.6٪
12	19	17.1٪
13	9	8.1٪
14	3	2.7٪
15	2	1.8٪
16	1	0.9٪
	111	100٪

جدول رقم (12) يبين نتائج إستراتيجية إعادة التقييم :

نتائج إستراتيجية إعادة التقيـيم الإيجابي	عدد التكرارات	النسبة المئوية
2	1	٪ 0.9
3	1	٪ 0.9
4	1	٪ 0.9
6	1	٪ 0.9
7	2	٪ 1.8
8	6	٪ 5.4
9	12	٪ 10.8
10	18	٪ 16.2
11	15	٪ 13.5
12	8	٪ 7.2
13	10	٪ 9.0
14	15	٪13.5
15	3	٪2.7
16	5	٪4.5
17	5	٪4.5
18	1	٪0.9
19	4	٪3.6
20	1	٪0.9
22	1	٪0.9
24	1	٪0.9
	111	٪ 100

جدول رقم (12) يبين نتائج إستراتيجية التحكم في الذات :

نتائج إستراتيجية إعادة التحكم	عدد التكرارات	النسبة المئوية
2	1	0.9 ٪
4	1	0.9 ٪
5	1	0.9 ٪
7	1	0.9 ٪
8	3	2.7 ٪
9	4	3.6 ٪
10	6	5.4 ٪
11	9	8.1 ٪
12	15	13.5٪
13	14	12.6 ٪
14	15	13.5٪
15	14	12.6٪
16	11	9.9٪
17	7	6.3٪
18	8	7.2٪
23	1	0.9٪
	111	100٪

جدول رقم (13) يبين نتائج إستراتيجية لوم أو توبيخ الذات :

نتائج إستراتيجية لوم الذات	عدد التكرارات	النسبة المئوية
0	5	٪ 4.5
1	6	٪ 5.4
2	12	٪ 10.8
3	23	٪ 20.7
4	19	٪ 17.1
5	16	٪ 14.4
6	15	٪ 13.5
7	8	٪ 7.2
8	4	٪ 3.6
10	2	٪ 1.8
11	1	٪ 0.9
	111	٪ 100

جدول رقم (14) يبين نتائج إستراتيجية الدعم الإجتماعي :

نتائج إسـتراتيجية الـدعم الإجتماعي	عدد التكرارات	النسبة المئوية
3	3	٪ 2.7
4	2	٪ 1.8
5	4	٪ 3.6
6	5	٪ 4.5
7	3	٪ 2.7
8	9	٪ 8.1
9	10	٪ 9
10	16	٪ 14.4
11	16	٪ 14.4
12	17	٪ 15.3
13	12	٪ 10.8
14	7	٪ 6.3
15	5	٪ 4.5
16	1	٪ 0.9
18	1	٪ 0.9
	111	٪ 100

جدول رقم (15) يبين نتائج إستراتيجية الهروب :

نتائج إستراتيجية الهروب	عدد التكرارات	النسبة المئوية
4	1	0.9
8	1	0.9٪
11	1	0.9٪
12	1	0.9٪
13	4	3.6٪
14	4	3.6٪
15	2	1.8٪
16	3	2.7٪
17	6	5.4٪
18	10	9٪
19	14	12.6٪
20	11	9.9٪
21	12	10.8٪
22	7	6.3٪
23	8	7.2٪
24	4	3.6٪
25	9	8.1٪
26	7	6.3٪
27	2	1.8 ٪
28	2	1.8 ٪
30	2	1.8 ٪
	111	100 ٪

جدول رقم (16) يبين نتائج مقياس الإختبار إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية " الكوبين " لـ " لازاروس " و " فولكمان " :

نتائج إستراتيجيات الكوبين	عدد التكرارات	النسبة المئوية
38	1	%0.9
40	1	%0.9
41	1	%0.9
42	3	%2.7
44	4	%3.6
45	9	%8.1
46	12	%10.8
47	11	%9.9
48	11	%9.9
49	7	%6.3
50	11	% 9.9
51	3	%2.7
52	2	%1.8
53	11	%9.9
54	7	%6.3
55	2	%1.8
56	3	%2.7
57	2	%1.8
59	3	%2.7
60	1	%0.9
61	3	%2.7
63	1	%0.9
64	1	%0.9
65	1	%0.9
	111	%100

جدول رقم (17) يبين نتائج إختبار حالة القلق لـ " سبيلبرجر " :

نتائج إختبار حالة القلق	عدد التكرارات	النسبة المئوية
36	1	0.9%
38	1	0.9%
39	2	1.8%
40	4	3.6%
41	2	1.8%
42	7	6.3%
43	2	1.8%
44	6	5.4%
45	7	6.3%
46	8	7.2%
47	11	9.9%
48	12	10.8%
49	8	7.2%
50	11	9.9%
51	8	7.2%
52	7	6.3%
53	5	4.5%
54	1	0.9%
55	3	2.7%
56	1	0.9%
58	3	2.7%
60	1	0.9%
	111	100 %

جدول رقم (18) يبين نتائج إختبار الإكتئاب لـ " بيك " :

نتائج إختبار الإكتئاب	عدد التكرارات	النسبة المئوية
1	1	0.9٪
2	4	3.6٪
3	9	8.1٪
4	6	5.4٪
5	10	9٪
6	14	12.6٪
7	14	12.6٪
8	12	10.8٪
9	11	9.9٪
10	3	2.7٪
11	4	3.6٪
12	3	2.7٪
13	2	1.8٪
14	1	0.9٪
15	1	0.9٪
16	1	0.9٪
17	3	2.7٪
18	3	2.7٪
21	1	0.9٪
23	1	0.9٪
25	3	2.7٪
27	1	0.9٪
28	1	0.9٪
29	1	0.9٪
30	1	0.9٪
	111	100٪

عرض نتائج الفرضيات :

الفرضية الأولى :

لإختبار الفرضية الأولى التي مفادها أنه كلما كانـت إسـتراتيجيات التعامـل مـع الضغوط النفسية مركزة حول المشكل تكون درجة أو مستوى حالة القلق منخفضة ، قمنا باستعمال إختبارات و معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين استراتيجيات الضغوط المركزة حول المشكل ومستوى القلق :

المتغير	N	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإسـ ـ ـ ـتراتيجيات المركزة حول المشكل	111	- 0.121 -	0.206
حالة القلق			

جاءت العلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل و القلق تقدر بـ C = - 0.121 ، وهي قيمة سالبة و ضعيفة ، و علية فان العلاقة ضعيفة و غير دالة إحصائيا .

و بالتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أنه كلما كانت إسـتراتيجيات التعامـل مـع الضغوط النفسية مركزة حول المشكل تكون مستوى حالة القلق منخفضة .

الفرضية الثانية :

لإختبار الفرضية الثانية التي نفادها أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية مركزة حول المشكل يكون مستوى الإكتئاب منخفض ، قمنا باستعمال إختبار " ت " و معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل مع مستوى الاكتئاب :

المتغير	N	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإســـــتراتيجيات المركزة حول المشكل	111	- 0.041	0.667
الإكتئاب			

جاءت العلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل تقدر بـ C = - 0.041 و هي ضعيفة وغير دالة إحصائيا . و بالتالي لم تتحقق الفرضـية التي مفادها أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية مركزة حول المشكل تكون درجة الإكتئاب منخفضة .

الفرضية الثالثة :

لإختبار الفرضية الثالثة التي مفادها أنه كلما كانـت إسـتراتيجيات التعامـل مـع الضغوط النفسية مركزة حول الإنفعال يكون مستوى حالة القلق مرتفع ، قمنا باسـتعمال إختبار " ت " و معامل التوافق تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركـزة حول الانفعال مع مستوى حالة القلق :

المتغير	N	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإسـ ـ ـتراتيجيات المركـ ـزة علـ ـى الإنفعال	111	- 0.045	0.639
حالة القلق			

جاءت العلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول الإنفعال و القلق ، تقدر بـ C = - 0.045 و هي ضعيفة ، و غير دالة إحصائيا ، و بالتـالي لـم تتحقق الفرضية التي مفادها ، أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسـية مركزة حول الإنفعال يكون مستوى حالة القلق منخفضة .

الفرضية الرابعة :

لإختبار الفرضية الرابعة التي مفادها أنه كلما كانـت إسـتراتيجيات التعـال مـع الضغوط النفسية مركزة حول الإنفعال يكون مستوى الإكتئاب مرتفع ، قمنـا باسـتعمال إختبار " ت " و معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين إستراتيجيات المركزة حول الإنفعال و الإكتئاب :

المتغير	N	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإســـــتراتيجيات المركـــزة حـــول الإنفعال	111	- 0.051	0.592
الإكتئاب			

جاءت العلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و مستوى الإكتئـاب تقدر بـ C = - 0.051 و هي ضعيفة و غير دالة إحصائيا ، و بالتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية مركزة حول الإنفعال يكون مستوى الإكتئاب مرتفع .

** و لمزيد من التحليل قمنا بحساب علاقة إستراتيجيات التعامـل مـع الضـغوط النفسية بمتغير الجنس ، باستعمال معامل إرتباط PEARSON و تحصلنا على النتـائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين إستراتيجيات المركزة حول المشـكل و الإنفعـال و متغير الجنس :

المتغير	N	معامـل الإرتبـاط PEARSON	مستوى الدلالة
إستراتيجيات التعامل مـــع الضـــغوط المركـــزة حـــول المشكل و الإنفعال	111	- 0.312	0.01
الجنس			

باستعمال معامل إرتباط PEARSON لقياس العلاقة الإرتباطية وجـدنا أن قيمـة العلاقة يقدر بـ 0.312 - = r عند مستوى الدلالة 0.01 = ά ، وعليه توجـد علاقـة إرتباطية بين الإستراتيجيات المستعملة في التعامل مع الضغوط النفسية و متغير الجنس.

و لمزيد من التحليل قمنا بحساب إختبار " t " للفروق بين المتوسطات بين الذكور و الإناث في إستعمال الإستراتيجيات و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين الإستراتيجيات و متغير الجنس :

الجنس		N	المتوسـط الحسابي	الإنحراف المعياري	إختبار " t "	درجـة الحرية	مسـتوى الدلالة
الإستراتيجيات	ذكر	61	51.3607	5.6392	3.429	109	0.01
	أنثى	50	48.1000	4.04119			

التفسيـــر :

توجد فروق دالة بين متوسطات الإستراتيجيات و الجـنس ، حيـث قـدرت قيمـة t=3.429 و هي دالة لصالح الذكور ، و عليـه فانـه توجـد علاقـة إرتباطيـة بـين الإستراتيجيات المستعملة في التعامل مع الضغوط النفسية و متغير الجنس .

* كما قمنا بحساب إختبار " ت " للفروق بين المتوسطات فـي الإسـتراتيجيات و الحالة الإجتماعية (بين المتزوجين و الغير متزوجين) و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة الإرتباطية بين الإستراتيجيات و متغير الحالة الإجتماعية :

الحالـــــــــة الإجتماعية		المتوســط الحسابي	الإنحــراف المعياري	إختبار " t "	درجــــــة الحرية	مســتوى الدلالة
الإستراتيجيات	أعزب	50.8387	6.0142	2.161	106	0.03
	متزوج	48.6522	3.8252			

التفسير :

توجد فروق دالة بين متوسطات في الإستراتيجيات و الحالة الإجتناعية حيث قدرت قيمة t = 2.161 ، و هي دالة لصالح الغير متزوجين ، و عليه نقول أنه توجـد علاقـة إرتباطية بين الإستراتيجيات المستعملة في التعامل مع الضغوط النفسية و متغيـر الحالـة الإجتماعية .

** أما بالنسبة للعلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضـغوط النفسـية و علاقتهـا بمتغير النشاط المهني ، فقد تم حساب إختبـار " t " لدلالـة الفـروق فـي متوسـطات الإستراتيجيات المستعملة مع العاملين و الغير عاملين و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول يبين العلاقة بين الإستراتيجيات و متغير النشاط المهني :

	طبيعة النشاط	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	إختبار " t "	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الإستراتيجيات	بطال	52.1143	6.5114	3.164	109	0.04
	موظف	48.8684	4.1760			

التفسير :

توجد فروق دالة بين متوسطات الإستراتيجيات و النشاط المهني ، حيث قدرت قيمة t = 3.164 ، وهي دالة إحصائيا لصالح البطالين ، و عليه فانه توجد علاقة إرتباطية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و متغير النشاط المهني .

جدول نتائج إختبار " ت " للفروق الفردية في الإستراتيجيات حسب متغير النشاط المهني (موظف و بطال) .

الإستراتيجيات	النشاط المهني	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة " ت " المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التخطيط لحل المشكل	بطال موظف	11.4000 11.8684	4.1952 2.8300	- 0.691	109	0.491
المواجهة	بطال	10.8286	4.4024	-1.661	109	0.100

	موظف	12.1184	3.4946			
أخذ المسافة	بطال موظف	9.1429 10.1447	3.0209 2.4260	1.868 –	109	0.065
إعادة االتقييم الإيجابي	بطال موظف	11.7714 12.1579	4.5767 3.1583	-0.517	109	0.606
الـتحكم فـي الذات	بطال موظف	12.429 13.616184	3.3724 3.0767	1.351 –	109	0.179
توبيخ الذات	بطال موظف	4.1714 4.1842	2.6064 2.0114	0.028 -	109	0.978
الـــــدعم الإجتماعي	بطال موظف	9.7429 10.6842	3.2840 2.8200	1.550 -	109	0.124
الهــروب أو التجنب	بطال موظف	20.8000 20.0526	5.4438 3.8984	0.824 -	109	0.412

جاءت كل الإستراتيجيات غير دالة .

جدول رقم ( ) يبين نتائج إختبار " ت" للفروق الفردية في الإستراتيجيات حسـب متغيـر الجنس :

الإستراتيجيات	**الجنس**	**العدد**	**المتوسط الحسابي**	**الإنحراف المعياري**	**قيمة "ت" المحسوبة**	**درجـة الحرية**	**مستوى الدلالة**
التخطيط لحل المشكل	ذكر أنثى	61 50	11.65 11.80	3.38 3.25	-0.228	109	0.820
المواجهة	ذكر أنثى	61 50	11.42 12.06	3.88 3.77	-0.866	109	0.388
أخذ المسافة	ذكر أنثى	61 50	9.44 10.30	2.91 2.23	-1.707	109	0.091
إعادة التقيـيم الإيجابي	ذكر أنثى	61 50	12.34 11.66	3.37 3.95	-0.983	109	0.328
الـتحكم فـي الذات	ذكر أنثى	61 50	13.26 13.44	3.10 3.30	-0.291	109	0.771
توبيخ الذات	ذكر أنثى	61 50	3.85 4.58	1.93 2.45	-1.746	109	0.084
الـــــدعم الإجتماعي	ذكر أنثى	61 50	9.93 10.94	3.33 2.42	-1.779	109	0.078
الهــروب أو التجنب	ذكر أنثى	61 50	19.93 20.72	4.28 4.60	-0.829	109	0.355

مستوى الدلالة :0.05

يبين الجدول أعلاه نتائج إختبار " **ت** " للفروق الفردية في الإستراتيجيات المستعملة مـن طرف الذكور و الإناث ، و جاءت نتائج سلبية حيث كانت كل الإستراتيجيات غير دلة .

جدول نتائج إختبار " ت" للفروق الفردية في الإستراتيجيات حسب الحالة الإجتماعية (عازب – متزوج) :

الإستراتيجيات	الحالة الإجتماعية	المتوسط الحسابي	الإنحراف العياري	قيمة " ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التخطيط لحل المشكل	عازب متزوج	11.7419 11.7174	3.9085 2.3820	0.038	106	0.970
المواجهة	عازب متزوج	11.4355 12.1522	4.1592 3.2726	-0.967	106	0.336
أخذ المسافة	عازب متزوج	9.4194 10.4565	2.7613 2.4286	-2.030	106	0.045
إعادة التقييم الإيجابي	عازب متزوج	12.4032 11.7174	4.3172 2.5444	0.960	106	0.339
التحكم في الذات	عازب متزوج	13.0000 13.8478	3.3290 2.9737	-1.369	106	0.174
توبيخ الذات	عازب متزوج	4.4516 3.9130	2.2809 2.0202	10.273	106	0.206
الدعم الإجتماعي	عازب متزوج	9.7742 11.217	3.2463 2.4449	-2.168	106	0.031
الهروب أو التجنب	عازب متزوج	20.6452 19.7826	4.6732 3.8523	10.020	106	0.310

مستوى الدلالة :0.05.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أعلاه نتائج إختبـار " **ت** " للفـروق حيـث جـاءت إستراتيجيةأخذ المسافة دالة عند مستوى 0.045 ، كما جاءت إستراتيجية الدعم الإجتماعي دالة عند مستوى 0.031 .

الفرضية الخامسة :

لإختبارالفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالـة القلق و متغير الجنس ، قمنا باستعمال معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول يبين العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير الجنس :

المتغير	N	**قيمة** X^2	**معامل التوافق** C	**مستوى الدلالة**
حالة القلق	ذكور :61 إناث :50	0.19	0.042	0.656
الجنس	111			

من خلال النتائج التي جاءت في الجدول تبين لنا أن الفروق المعبر عنهـا بـ $X^2 = 0.19$ هي غير دالة ، و جاءت العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير الجـنس تقـدر بـ $C = 0.042$ ، و هي قيمة شبه منعدمة و هي غير دالة .

و باتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالـة إحصـائية بـين مستوى حالة القلق و متغير الجنس .

الفرضية السادسة :

لإختبار الفرضية السادسة التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصـائية بـين مستوى حالة القلق و متغير السن ، قمنا باستعمال معامل التوافق و تحصلنا على النتـائج التالية :

جدول يبين العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن :

المتغير	N	قيمة X^2	معامل التوافـق C	مستوى الدلالة
حالة القلق	111	5.664	0.220	0.129
السن				

من خلال النتائج التي جاءت في الجدول يتبين لنا أن الفروق المعبـر عنهـا بـ

$x^2 = 5.664$

هي قيمة غير دالة ، و جاءت العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن بقيمة 0.22 = C و هي غير دالة إحصائيا .

و علية لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالـة إحصـائية بـين مستوى حالة القلق و متغير السن .

الفرضية السابعة :

لإختبار الفرضية السابعة التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية قمنا باستعمال معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

المتغير		N	**قيمة** X^2	**معامل التوافق** C	**مستوى الدلالة**
حالة القلق			5.553	0.221	0.018
الحالة الإجتماعية	أعزب متزوج				

يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن الفروق جاءت قيمتها $X^2 = 5.553$ ، و جاءت العلاقة بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية تقدر ب $C = 0.2321$ و هي دالة إحصائيا عند مستوى $\acute{\alpha} = 0.01$.

و بالتالي تحققت الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية .

و لمزيد من التحليل قمنا بحساب إختبار " t " لدراسة الفروق في المتوسطات ،و هي مبينة في الجدول التالي :

جدول يبين العلاقة بين حالة القلق و متغير الحالة الإجتماعية :

المتغير	حالـــة القلق	المتوسـط الحسابي	الإنحراف المعياري	t	درجـــة الحرية	مســتوى الدلالة
الحالـــة الإجتماعية	أعـــزب 1 متـــزوج 2	50.83 48.64	6.0142 3.8252	2.16	109	0.03

بينت لنا نتائج إختبار " t " أن هناك فروق في المتوسطات حيث قدرت قيمة t = 2.16 و هي دالة إحصائيا لصالح الغير متزوجين .

الفرضية الثامنة :

إختبار الفرضية الثامنة التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالـة إحصـائية بـين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط ، قمنا باستعمال معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير طبيعة النشاط:

المتغير		N	X^2	معامل التوافق C	مستوى الدلالة
حالة القلق			4.076	0.188	0.396
النشاط المهني	موظف بطال				

تبين لنا من خلال هذا الجدول أن الفروق جاءت قيمتها 4.076 ، و جاءت العلاقة بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط تقدر بـ C = 0.18 و هي غيـر دالـة إحصـائيا . و بالتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بـين مسـتوى القلق و طبيعة النشاط .

الفرضيـــــة التاسعـــة :

لاختبار الفرضية التاسعة التي مفادها ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب و متغير الجنس ، قمنا باستعمال معامل التوافق ، وجاءت النتائج مبينة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (   ) يبين العلاقة بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس :

المتغير	N	X^2	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الاكتئاب		4.398	0.195	0.222
الجنس :				
ذكر	61			
أنثى	50			
	111			

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتضح أن العلاقة بين مستوى الإكتئاب والجنس جاءت ضعيفة تقدر بـ

وهي غير دالة إحصائيا ، وبالتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية C=0.19:

بين مستوى الإكتئاب ومتغير الجنس .

الفرضيـــة العاشـــرة :

لإختبار الفرضية العاشرة التي مفادها أن هناك علاقة إحصائية بين مستوى الإكتئاب ومتغير السن ، قمنا باستعمال معامل التوافق لقياس العلاقة وجاءت النتائج مبينة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين مستوى الاكتئاب ومتغير السن :

المتغير	N	X^2	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإكتئاب		10.434	0.293	0.015
السن	111			

وهي دالة $C=0.293$ يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن العلاقة بين مستوى الإكتئاب ومتغير السن تقدر بقيمة ، وبالتالي فإن الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى $\propto=0.01$إحصائيا عند مستوى الإكتئاب ومتغير السن قد تحققت .

الفرضيـــة الحاديـــة عشر :

لإختبار الفرضية الحادي عشر التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب ومتغير الحالة الاجتماعية قمنا باستعمال معامل التوافق ، وجاءت النتائج مبينة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين مستوى الإكتئاب ومتغير الحالة الإجتماعية :

المتغير		X^2	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الاكتئاب				
الحالة الاجتماعية	أعزب متزوج	18.804	0.385	0.000

وهي دالة $C=0.38$ يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن العلاقة بين مستوى الإكتئاب والحالة الإجتماعية تقدرب : ، وعليه فان الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب $\propto=0.01$عند المستوى ومتغير الحالة الإجتماعية قد تحققت .

" لدراسة الفروق بين المتوسطات ، ودلت النتائج كما هو مبين في الجدول tولمزيد من التفصيل قمنا بحساب إختبار " التالي :

جدول رقم ( ) يبين علاقة الإكتئاب بمتغير الحالة الإجتماعية :

المتغير	الاكتئاب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	t	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	أعزب(1) متزوج(2)	10.45 6.43	7.296 2.0833	3.622	109	0.000

*** التعليق :**

وهي دالة إحصائيا عند $t=3.622$توجد فروق دالة بين متوسطات الإكتئاب والحالة الإجتماعية ، حيث قدرت قيمة وهي لصالح العازبين .$\propto=0..01$مستوى

الفرضيـــة الثانيـــة عشرة :

لإختبار الفرضية الثانية عشر التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب ومتغير طبيعة النشاط المهني ، قمنا باستعمال المعامل التوافقي ، وجاءت النتائج مبينة من خلال الجدول التالي :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين مستوي الإكتئاب و متغير النشاط المهني:

المتغير	N	X^2	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الإكتئاب				
طبيعة النشاط المهني :	بطال موظف 111	12.640	0.360	0.49

وهي قيمة C=0.36 يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن العلاقة بين مستوى الإكتئاب وطبيعة النشاط المهني تقدر بـ:

وبالتالي فان الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين 0.05=∝دالة إحصائيا عند مستوى مستوى الإكتئاب وطبيعة النشاط المهني قد تحققت .

لدراسة الفروق بين المتوسطات ، ودلت النتائج كما هو مبين في الجدول tولمزيد من التفصيل قمنا بحساب الاختبار التالي :

جدول رقم ( ) يبين العلاقة بين مستوي الإكتئاب و طبيعة النشاط المهني:

المتغير	الإكتئاب	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار t	درجة الحرية	مستوى الدلالة
طبيعة النشاط المهني	بطال(1) موظف(2)	12.600 7.434	8.1248 4.413	4.337	109	0.000

*** التعليق :**

وهي دالة إحصائيا t=4.337توجد فروق دالة بين متوسطات الاكتئاب وطبيعة النشاط المهني ، حيث قدرت قيمة عند المستوى 0.01 وهي لصالح البطالين .

تحليـ ـل ومناقشـ ـة النتائـ ـج :

بينت نتائج البحث عدم وجود علاقة بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل ودرجة حالة القلق المنخفضة ، ويمكن أن يعود ذلك إلى اشتراك أفراد العينة في عناصر عديدة: السن والجنس والحالة الاجتماعية ، والنشاط المهني والوضع الاقتصادي ونوعية السكن والدخل والمنطقة الجغرافية ،إذ جل أفراد العينة يقطن في الجزائر العاصمة وضواحيها ، وقد خضعت أفراد العينة إلى نفس الضغوط تقريبا التي تعترضها ، خاصة أن فئة المعاقين حركيا لها نفس الظروف التي تعترضها ، ويمكن تلخيص مجمل الظروف التي شكلت مصدر للضغط النفسي والتي وردت في إجاباتهم على مقياس "الكوبين"لي" لازاروس" و "فولكمان" فيما يلي:

1-مشاكل مادية مرتبطة بمستوي الدخل و تلبية مختلف الحاجيات الأساسية .

2-مشاكل اجتماعية مرتبطة بظروف العمل و العلاقات الاجتماعية

3-مشاكل عاطفية و نفسية مرتبطة كالاحباطات و الاضطرابات النفسية الناتجة عن فشل العلاقات العاطفية مع الآخرين و الاضطرابات النفسية الناتجة عن تفاعل المعاق مع البيئة سواء في الوسط العائلي أو الأصدقاء أو مع الأفراد العاديين .

4-و أخيرا المشاكل الصحية ، التي يعاني منها المعاقين و المرتبطة تارة نقص الأدوية أو الأجهزة التعويضية التي تساعد علي عملية التحرك .

و من خلال اختبار "فريدمان " ، يتبين لنا أن المعاقين حركيا باختلاف اتجاهاتهم و مشاكلهم المرتبطة بالإعاقة و الضغوط اليومية و الحياتية ، يستعملون إستراتيجية الهروب أو التجنب في المواقف الصعبة في المرتبة الأولي، حيث بلغت قيمة متوسط الرتب لهذه الإستراتيجية 7.70، وفي المرتبة الثانية يستعمل المعاقين حركيا إستراتيجية التحكم في الذات حيث بلغت قيمة متوسط الرتب5.85 ، ثم تليها في المرتبة الثالثة استعمال إستراتيجية إعادة التقييم .

أما بالنسبة للإستراتيجية حل المشكل فقد بلغت قيمة متوسط الرتب4.63 .

أما بالنسبة لإستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و علاقتها بمستوي القلق والإكتئاب ، فان إستعمال كل من استراتيجيات المركزة حول المشكل والإنفعال جاءت كل العلاقات ضعيفة ، حيث قدرت العلاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل مع مستوى حالة القلق c=-0.0121 عند مستوي الدلالة α =0.206 وهي ضعيفة وبالتالي غير دالة إحصائية ، وعليه لن تتحقق الفرضية الأولى التي ترى انه كلما كانت استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل تكون درجة حالة القلق منخفضة .

ويتضح من خلال هذه الدراسة أن هناك متغيرات وسطية بين أثر الضغوطات والنتيجة التكيفية للفرد ، وتتمثل في التفاعل الذي يعطي للحدث معنى ضاغط والاستراتيجيات المستعملة للإستجابة للضغط المدرك معرفيا من طرف المعاقين .

أن عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين استراتيجيات " الكوبين " المركزة حول المشكل وحالة القلق المنخفضة يمكن أن يفسر بعدم وجود فروق في التفاعل المعرفي وفي هذا الإتجاه يرى لازاروس LAZARUS أن ما يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته وإنما الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط (1994) كذلك أن COHEN (1994) ويرى كوهان DANTZER دانتزر SCHWEITZERشويتزر

الضغط لا يعرف من خلال الحدث البيئي ولا من خلال الاستجابة الفيزيولوجية للفرد اتجاه الحدث ، بل يعرف الفرد الضغط من خلال إدراك الفرد للحدث البيئي ، وكذلك يرى " هربرت " أن الضغط ينشأ عندما يقيم الفرد الموقف بأنه مهدد وانه من المهم الاستجابة له ولكنه لا يملك استجابة ملائمة .
كذلك يمكن تفسير عدم وجود فروق يعود الى طبيعة المواقف الضاغطة التي تحول دون استقرارهم و توازنهم النفسي الاجتماعي ،حيث تمثل المشاكل المادية المرتبة الأولي تليها المشاكل الاجتماعية من بطالة ، نقص إمكانيات التنقل و صعوبة التنقل في السلالم ، و التحرك بكل حرية ، تليها مشاكل نفسية و عاطفية و أخيرا المشاكل الصحية .

إن كل هذه المشاكل و الضغوطات يشترك فيها المعاقين حركيا بنسب تختلف حسب الظروف المادية و الاجتماعية و النفسية لكل فرد ، إذ نلاحظ أن الكثير من المعاقين و ربما اغلبهم من الطبقة الاجتماعية الدنيا لا يستطيعون تلبية لاحتياجاتهم و اغلبهم يعاني من البطالة و يتلقي الدعم و المساندة من احد أفراد الأسرة ، كما أن المشاكل الاجتماعية كتوفير السكن للمعاقين و أنشاء المصاعد الكهربائية و توفير طرقات خاصة للمعاقين و أعطاء الأولوية للسير لهذه الفئة ، من الصعب ايجاد حلول لها .

ضف إلى ذالك أن الحصول على عمل بالنسبة الى المعاق أصبح من الصعب تحقيقه في ظل الظروف الاقتصادية الراهنة .
أما بالنسبة للمشاكل العاطفية و النفسية ، فان الكثير من المعاقين يعانون من عدم تحقيق رغباتهم في المجال العاطفي و الجنسي خاصة في الارتباط بالطرف الآخر ، إذ تشكل الإعاقة حاجز في كثير من الأحيان في ربط علاقات حميمية ،فالدافع العاطفي و الجنسي من أهم الدوافع التي تؤثر على الإنسان و الحرمان منه يعني الشعور بالنقص و ترسيخ الشعور بعدم القدرة على أداء الوظيفة الجنسية ، و مما يزيد من حدة النظرة السلبية من بعض فئات المجتمع إليهم ، فالتصورات الموجودة هي تصورات سلبية فرضتها الثقافة السائدة حول ما هو سوي و ما هو مختلف عن المعايير الموجودة ، حيث تتشكل التصورات النمطية حول الذي فقد احد أعضائه أو الذي يمشي بجهاز خاص أو الذي يستعمل الكرسي المتحرك ، علي انه فاقد للمعايير الطبيعية لاستعادة الحياة كالآخرين و ينظر إليه علي انه مريض و يحتاج إلي العناية باستمرار لأداء كل ما يحتاج إليه .
فيتولد الإحساس بالنقص ويصبح اتجاه لدي المعاق حركيا، و تصبح الاستجابة تتميز بالخوف و القلق و الإكتئاب .
إن إحساس الفرد المعاق بأنه مختلف عن الآخرين ، ينتج عنه الميل إلى التقليل من تقديره لذاته خاصة في المواقف التي تستلزم المناقشة و النقد ، و من انعكاساته السلبية عدم الشعور بالأمن و الاطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يستطيع الحركة و المشي كالآخرين ، و عدم الاطمئنان للغير للتفاوت في الاستجابات الحركية و عدم الانسجام مع الآخرين يزيد من حدة التردد و الشك ،بالإضافة إلي الاستعمال غير موفق لميكانزمات الدفاع ، حيث يلجأ إليها المعاق في مختلف المواقف الحياتية كالإسقاط و يحول إنفعالاته غير السوية نحو أفراد الأسرة و الآخرين و يستعمل العدوان كذلك و يقوم بسلوك التعويض و الإنكار و الاستعلاء على الآخرين كما يقوم بالعناد و الإنطواء و مخالفة الآخرين . محمد شاهين (1988) .

و في نفس الاتجاه قد يكون لدي الكثير من المعاقين عقدة النقص التي تنشأ عن تعرض المعاق لمواقف متعددة تشعره بالعجز و الفشل . أحمد عزت (1995).

و تختلف مظاهر السلوك الدفاعي كالإنكار و التعويض و الإسقاط و التبرير تبعا لسمات الشخصية و مظاهر الإعاقة الحركية و دراجاتها ، فانفعال الخوف و القلق و الرفض و العدوانية و الانطوائية و الإحباط و

الصراع هي حماية لذاته المهددة من طرف الآخرين و يستعملها في مواجهة الإفراد العاديين الذين لديهم مواقف و ردود أفعال نحو الإعاقة و الاضطرابات الحركية .

أما المشاكل الصحية فان الكثير من المعاقين يفتقرون إلي الرعاية الصحية سواء من حيث الأمراض المزمنة ، أو من جانب التأهيل الحركي ، أو من حيث الموارد المالية التي تمكنه من إجراء عمليات جراحية سواءا عند القطاع الخاص او خارج الوطن لتمكنه من التخفيف من حدة الإعاقة .

إذن فاستعمال أي استراتيجيات المتركزة حول المشكل سواء إستراتيجية التخطيط لحل المشكل أو إستراتيجية المواجهة تصبح بدون فعالية ، ويرى في ذلك لازاروس وفولكمان وكارفر وآخرون 1989 أن فعالية استراتجيات التعامل مع الضغوط النفسية على الصحة الجسدية للفرد ترتبط بخصائص المواقف الضاغطة ، كالمدة التي يستغرقها الحدث الضاغط ومدى قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيه ، حيث تكون إستراتيجية التخطيط لحل المشكل أكثر فعالية عندما تكون هناك إمكانية لضبط الحدث تيري TERRY (1994) لذا فإن المشكلات المركبة التي يعاني منها أغلب المعاقين الصعب إيجاد حلول لها ، خاصة في ظل البيئة المملوءة بالحواجز و العراقيل ، و عليه فان التخطيط لحل المشكل يكون بدون فعالية لان المعاقين لا يملكون القدرة على ضبط مختلف الأحداث و المواقف .

و عليه فان استعمال استراتيجيات التخطيط لحل المشكل و المواجهة لا تؤدي إلي خفض مستوي القلق .

الفرضيـــة الثانيـــة :

أما ما يفسر عدم وجود علاقة بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول المشكل و مستوي الاكتئاب المنخفض ،هو غياب القابلية لضبط الأحداث و المواقف المشتركة التي يلاقونها و من ثمة تكون هذه الاستراتيجيات اقل فعالية .

و بناءا علي نموذج " لازاروس" و "فولكمان " المرتبط بالضغط النفسي و استراتيجيات التعامل مع هذه الضغوط النفسية ، نستخلص أن الإعاقة تشكل مصدرا للضغط النفسي يفرض على المعاقين استعمال استراتيجيات معينة لمواجهة الضغوطات اليومية .

و هذا ما يشير إليه لازاروس بقوله:" أن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض ترتبط إلي حد كبير بنوع الاستجابة التي يبديها الشخص في تعامله مع الضغط ".

و حسب "لازاروس" و "فولكمان " فان الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعتبر المؤثر الأول على الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته .

و يؤكد " ديماتيو" DIMATIA "ألا أن الإستراتيجية لا تكون فعالة إذا ما سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف بفعل العدوان الذي يهدد صحته الجسمية و النفسية" DANTZER ET SCHWEITZER ".فالتعرض المستمر للمواقف الضاغطة ، و الاستجابة لها بطريقة ايجابية أو سلبية ، يستدعي التطرق إلي ظروف تكيف الفرد ، و عليه صنفت " شوفريي CHEVRIES استجابات الأفراد إلي فئة لها فعالية التكيف تقاوم و تواجه ظروف الحياة بطريقة فعالة ، و فئة تقاوم بطريقة غير فعالة ، يترتب عنها الشعور بالعجز و اليأس.

و في نفس الاتجاه قام " رجاب رضوان (1992) ، بدراسة حول أحداث الحياة الضاغطة و علاقتها بالاكتئاب ، و تبين أن الأعراض الاكتئابية تنشأ كمصلحة لمجموعة من المتغيرات و منها الأحداث الصادمة و الأحداث الصعبة .

(1988) أن أحداث الحياة الضاغطة تؤدي إلي الإصابة BEBBIGTONو كذلك بينت دراسة " بينجينتون بالاكتئاب و خاصة في غياب الدعم الاجتماعي ، فبغض النظر عن الاستراتيجيات التي يستعملها المعاقين كالتخطيط لكل المشكل أو المواجهة في التعامل مع الظروف الحياتية الصعبة ، فان دلك لا يؤدي إلي تخفيض حدة الاضطرابات النفسية و علي رأسها القلق و الاكتئاب .

(1991) اثنين و خمسين دراسة ROBINS ET BICKMANو في هذا الاتجاه راجع " روبنز و بيكمان بين الأمراض النفسية التي أصابت الأشخاص الذين تعرضوا إلي مخاطر ، حيث بينت أن الأشخاص الذين تعرضوا للخطر لهم مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية ، و انه بزيادة معدلات الوفيات الناتجة عن الخطر ، تحدث الزيادة في كمية الاضطرابات النفسية ، فالحوادث و الإصابات التي تؤدي إلي التشوهات و الإعاقة و فقدان احد أعضاء الحركة أو الإصابة بالشلل تعتبر من ضمن الحوادث الخطيرة التي تؤثر على الفرد المصاب وتؤدي به إلى زيادة الاضطرابات النفسية والاكتئاب .

وتوصل لازاروس وفولكمان إلى أن الاستراتيجيات النشيطة تبدو فعالة في حالة ما إذا كان الحدث الضاغط تحت رقابة الفرد أما في حالة غياب تلك الرقابة تصبح الاستراتيجيات كإستراتيجية التجنب أكثر تكيفا .

" بان الاكتئاب اضطراب في التفكير ويعتبر إعراضه كنتائج لتنشيط الأنماط المعرفية BECKويرى" بيك سلبية في وضعيات التوتر أو الحزن .

ويتضمن هذا المخطط الاكتئابي حسب" بيك" ثلاثية معرفية تعتبر النواة الأساسية للاكتئاب ، وهي تشمل :
النظرة السلبية للذات ، والنظرة السلبية للعالم الخارجي ، والنظرة السلبية للمستقبل .

ويتضح من خلال العديد من الدراسات التي أجريت على المعاقين ، ومن بينها هذه الدراسة ، أن هذه الثلاثية المعرفية موجودة لديهم والتي تمثل النواة الأساسية للاكتئاب ، وينظر العديد من المعاقين إلى أنفسهم على أنهم لا يتمتعون بقدرات وإمكانات تسمح لهم بتأكيد ذواتهم ، ويرون في العالم الخارجي مصدرا للخطر كونه مليئا بالصعوبات والحواجز التي تمنعهم من بلوغ أهدافهم حيث يتبين انه لديهم نظرة تشاؤمية في المستقبل وقد تصل إلى فقدان الأمل نظرا لعدم وجود حلول ممكنة في القريب العاجل .

وهذا ما يتوافق مع الدراسة التي قام بها" محمد فاتح هيشان "على المعاقين حركيا حيث أظهرت دراساته أن الاستجابة النفسية لشلل الأطراف السفلى ، بحيث يعد القلق والاكتئاب من ابرز الاستجابات النفسية للإصابة ، كنتيجة لمشاعر النقص و الدونية والاحباطات والانسحاب ، وانعدام التقبل الأسري أو الاجتماعي وانعدام الأمن بالإضافة إلى مظاهر الصراع والغضب ومظاهر العدوان والتعويض .

الفرضيــة الثالثــة :

أما ما يفسر عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول الانفعال مع مستوي حالة القلق المرتفعة ، فان التجنب و اخذ المسافة و السند الاجتماعي تعتبران من الاستراتيجيات غير القابلة لضبط الأحداث الضاغطة التي تصيب المعاقين، و عليه يكون التجنب و اخذ المسافة و السند الاجتماعي الذي يلاقيه المعاقين من طرف أفراد الأسرة أكثر تكيفا في المواقف و الأحداث اليومية ، حيث تعمل عل تخفيف حدة الضغوط النفسية الناتجة عن المواقف الصعبة .

و هكذا يمكن أن نحكم على أن إستعمال إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية "الكوبين" لا يؤدي حتما إلي زيادة مستوي حالة القلق رغم أن حالة القلق الموجودة في المواقف الضاغطة ،إلا أن استجابة التجنب تكون

المفضلة بالدرجة الأولي ، لان عدم وجود حلول لمختلف المشاكل المرتبطة بالإعاقة تجعل إستراتيجية التجنب المفضلة للتخفيف من حدة القلق ، خاصة أن المواقف الضاغطة تختلف من فئة إلي أخرى و من فرد إلي أخر ، و حالة القلق عبارة عن حالة انفعالية ذاتية موقفية مؤقتة اقرب ما تكون إلي حالة الخوف الطبيعي ليشعر بها كل الأفراد في مواقف التهديد مما ينشط جهازهم العصبي و يهيئهم لمواجهة مصادر التهديد ، و تختلف شدة حالة القلق تبعا لما يشعر به كل فرد من درجة الخطورة في المواقف التي تلاقيه ، كما تزول بزوال مصدر الخطر أو التهديد ، و تتغير حالة القلق في شدتها عبر الزمن تبعا للموقف المهدد للفرد ،" فقلق الحالة " هو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد علي الظروف الضاغطة. سبيلبرجر(1972).

كما أن شخصية الفرد حسب احمد عبد الخالق (1980) هي التي تحدد الطريقة التي يستجيب بها في المواقف و يتحدد الأسلوب الخاص في التكيف مع البيئة ، و قد ينتج عن هذا التعامل مع البيئة التوافق أو سوء التوافق ، و يعد قلق الحالة من بين الاستجابات اتجاه المواقف التي تصدر من طرف المعاقين و تختلف شدتها من فرد إلي آخر حسب التقييم المعرفي للموقف.

الفرضيـــة الرابعـــة:

أما ما يفسر عدم وجود علاقة بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المركزة حول الانفعال، و درجة الاكتئاب المرتفعة فيمكن أن ترجع إلي عوامل مختلفة و مترابطة ففي دراسة "ليفسنون" و " ليبيت" بينا أن الاكتئاب ناتج عن نقص في المعززات الايجابية حيث وجدا أن مزاج ينقلب تبعا لعدد الأحداث السارة و غير السارة التي يمر بها الفرد ، و حتى المصابين بالاكتئاب الحاد إذا ما تعلموا خفض تكرار الأحداث غير السارة، و زيادة تكرار الأحداث السارة فأنهم سيظهرون ارتفاع في المزاج LEWINSON ET AL (1980).

و يري" سليجمان " أن أسباب العجز هي اعتقاد العاجز بلا جدوى الفعل ، أي أن الفرد العاجز هو ذلك الذي آمن و يعتقد بعدم قدرته على السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته أي أن العجز يظهر فقط في الحالات التي يؤمن بها الفرد بأنه لا يستطيع فعل شيء أمام مواقف الحياة و لا أمل له فيها. جاسم (1990).

و أمام هذا المعتقد فان الحالات المختلفة في الاكتئاب تتباين بشكل واضح من حيث شدتها وطول فترتها ، فالاعتقاد بلا جدوى الفعل والاستسلام لمختلف المواقف التي يمر بها المعاق قد تساعد على التخفيف من حدة الاكتئاب ، من خلال استعمال استراتيجيات التجنب واخذ المسافة ، وقد توصلنا إلي وجود فروع ذات دلالة إحصائية على مستوى اثنين من الاستراتيجيات المركزة على الانفعال وهي إستراتيجية أخذ المسافة وكانت لصالح المتزوجين x=10.4565 مقابل العازبين 9.4194 وإستراتيجية الدعم الاجتماعي كانت لصالح المتزوجين ب : x=11.0217 مقابل العازبين x= 9.7742 ومن الملاحظ أن استعمال إستراتيجية اخذ المسافة في مختلف المواقف التي تسبب الإحباط والاكتئاب وتعد من الأساليب التي تتفاد المواجهة مع الآخرين وتقلل من حدة الاضطرابات والقلق .

كما أن السند الاجتماعي الذي يحصل عليه من مختلف مصادر وخاصة الأسرة وجماعة الأصدقاء تعتبر الدعامة الأولية لإعادة تقييم المخطط المعرفي ومنه الموقف الضاغط والحصول على التعزيز ، مما يؤدي إلى خفض حدة التوتر والاكتئاب ، خاصة في المواقف التي تتجاوز الأفراد وتجعل من حل تلك المشاكل في الوقت الراهن من الصعب تحقيقه .

كذلك يرى سابولسكي SPOLSKY (1997) أن المشكلات التي يتعرض لها الإنسان والمنتجة للضغوط النفسية ترجع إلى عدم قدرة الفرد على التفريغ السريع للشحنة الانفعالية لاعتبارات اجتماعية مختلفة والى التوقعات

السلبية وانشغاله المستمر بكل شيء في حياته " عن علي عسكر 2002" كما أن تأثير الضغوط على الفرد ومدى الاستجابة لها يرى "كوبر COPER " في ذلك أن بيئة الفرد تشكل مصدرا للضغوط مما يؤدي إلى وجود تهديد لحاجة من حاجات الفرد أو ليشكل خطرا يهدد الفرد وأهدافه في الحياة ، فيشعر بحالة ضغط ويحاول استخدام بعض الاستراتيجيات للتوافق مع الموقف وإذا لم ينجح في التغلب على المشكلات واستمرت الضغوط لفترات طويلة فإنها تؤدي في بعض الأحيان إلى الأمراض العضوية ، وتؤدي إلى زيادة درجة القلق والاكتئاب وانخفاض لتقدير الذات .

الفرضيــة الخامســة :

أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق ومتغير الجنس ، حيث جاءت العلاقة ضعيفة حيث قدرت c=0.042 عند مستوى دلالة c = 0.656 ونتيجة هذه الفرضية تتناقض مع دراسات أخرى التي ترى أن هناك فروق بين الجنسين في مستوى القلق ففي دراسة مسحية تبين أن القلق والاكتئاب يزداد انتشارهما بين النساء أكثر من الرجال ABBOTTE , WELLER , WALAER . (1994) كما أن دراسات عديدة أظهرت نتائجها أن هناك فروق بين الجنسين في العديد من المجتمعات في الإصابة بالأمراض النفسية ، وان المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على المرض النفسي ، ويؤكد " كالبيرتون CALBERTON" (1997) أن النساء قد تفوق الرجال من حيث المعانات بالأمراض النفسية مما يعادل ضعف عدد الرجال .

أما دراسة" رضوان إبراهيم" حول القلق والاكتئاب على عينة من الذكور والإناث من فئات اجتماعية وثقافية متباينة فقد وجد فروق بين الذكور والإناث لكن لم تكن ضخمة ، واستخلص أن جنس الشخص ليس هو المسؤول في حد ذاته عن ارتفاع مستوى القلق والاكتئاب ، وإنما تبدو أن الضغوط النفسية والإجتماعية التي تقع على فئة دون أخرى ، والاحباطات المرتبطة بعدم تحقيق الطموحات وما تجده هذه الرغبات من معوقات اجتماعية ونفسية ، هي المسؤولة عن هذا الارتفاع في حدة القلق .

كما أن هناك اعتقاد من أن الضغوط والاحباطات النفسية لها دور اكبر وأكثر من الفروق الجنسية والبيولوجية بين الذكور والإناث .

وقد افترض سارسون SARASON في (1975) بان الانشغال بالذات والهم ، ربما يكون عنصرا مهما في القلق وبالتالي يضعف من أداءه ، وهذا سواء كان عند الذكور آو الإناث خاصة وان المعاقين باختلاف مستويات الإعاقة وخاصة في الواقف الضاغطة يكون تركيزهم على إعاقاتهم بالدرجة الأولى في مواجهة الموقف. وتشير الدراسات إلى أن الأفراد القلقين يركزون انتباههم أكثر علي أنفسهم، و هذا ما يزيد من حدة القلق .

و يذكر لينق LANG و 1968 أن الشخص قد يذكر في تقديره لذاته عن حالة متطرفة من الشعور بالضيق و الكرب ، و مع ذلك تكون استجابته متوازنة و قد تكون الحالة الفيزيولوجية لشخص آخر معتدلة و يكون غير قادر علي أداء السلوك المتوازن مع الآخرين .

و حسب ايزنك eysenk (فان الأشخاص يمكن أن يولدوا وهم مختلفون في استعدادهم واو نزاعاتهم الطبيعية) للانفعال و خاصة القلق ، فالشخص قد يرث نزعة انفعالية تختلف عن النزعات الانفعالية للآخرين ، بمعني أن الاستجابات أو رد فعله نحو مثير معين تكون اقوي و أكثر حدة من استجابات أو ردود أفعال آخرين نحو المثير نفسه MOUS ET SCHAEFER .(1986)

أن الإعاقة و ما تحمله من اثر نفسي علي المعاقين باختلاف استعداداتهم النفسية تجعل من الصعب تجنب اضطراب القلق خاصة و أن تفاعل المعاق مع البيئة و ما تشكله الإعاقة من عجز في تحقيق طموحات الفرد ، تجعل الاستجابة للقلق طبيعة الجنس .

الفرضيـ ـة السادسـ ـة :

كما أسفرت نتائج دراستنا عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوي حالة القلق و متغير السن رغم أن العديد من الدراسات العربية أظهرت فروق بين فئات السن في مستوي القلق ، و يؤكد ذلك عبد الخالق(1994) إذ بينت أن المراهقة و تغيرات النمو ربما تكون مسؤولة إلي حد ما عن ارتفاع مستويات المرض النفسي بين المراهقين ، حيث بين لنا أن درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن 11 سنة ثم تبدأ في الارتفاع في سن المراهقة .

كما أن "هوس" و "شيفر" (1986) بينا أن التغيرات الانفعالية مرتبطة بالعمر و في الكيفية التي يقدر بها الأفراد المواقف الضاغطة عليهم ، كما وجد باحثون آخرون POLTOM ET REVONFON أن (1989 الراشدون كانوا اقل احتمالا للتنفيس الانفعالي عن إحباطهم وأكثر ضبطا لانفعالاتهم اتجاه الضغوط .ويستخلص " رجب حمد " (1995) بان وهناك فروقا جوهرية في ردود الفعل الانفعالية للمواقف الضاغطة أو الأزمات لصالح الفئات الأكبر سنا بمعنى أن الأكبر سننا أكثر ضبطا انفعاليا .

لكن مع فئة المعاقين أثبتت نتائج الدراسة عكس ذلك ، فان العلاقة بين مستوى حالة القلق ومتغير السن جاءت قيمته ضعيفة قدرت ب: C= 0.22 ويمكن تفسير ذلك بكون أن الصراعات والأفكار المؤلمة والخف من المستقبل لدى المعاقين يشمل جميع الفئات العمرية على العموم ، ويعود إلى ما تشكله الإعاقة من حاجز دائم في مواجهة ظروف الحياة الاجتماعية المختلفة والتي تجعل من الصعب على هذه الفئة التكيف والحصول على حياة طبيعية .

إن المعانات التي أحدثتها الإعاقة مع الظروف الاجتماعية الاقتصادية تؤدي إلى اضطراب القلق ، ويختلف الموقف في إثارة القلق والاستجابة له ، فالظروف الاجتماعية في الغالب تصيب كل فئات الأعمار ، الحواجز البنائية والتوتر والانزعاج الذي تحدثه والظروف الاجتماعية التي تحيط بالمعاقين تقدم أفضل تفسير للتوتر النفسي ، لان الأغلبية نهم تعيش في ظروف اجتماعية صعبة ويواجهون مواقف لم يتدربوا عليها من قبل ، فالأغلبية منهم تعرف عدم الثبات الانفعالي من فترة إلى أخرى نتيجة محولة التوافق بين أنماط جديدة عن السلوك ومع ما يحققه من أهداف اجتماعية فغالبا ما يشعر المعاق بالإحباط والتوتر عندما لا تسير الأمور الحياتية بالصورة التي كان يتوقعها ، كما يشعر بالقلق الشديد للمستقبل لذا فهم سريعوا الغضب والاستثارة .

الفرضيـ ـة السابـ ـعة :

أما عن العلاقة الارتباطية بين مستوى حالة القلق والحالة الاجتماعية ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلال إحصائية بين مستوى حالة القلق والحالة الاجتماعية وقدرة قيمة العلاقة وقدرت قيمة العلاقة ب : C=0.022 . وبالتالي تحققت الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق والحالة الاجتماعية .

ولمزيد من التفصيل قمنا باختبار T لدلالة الفروق وجاءت الفروق في المتوسطات لصالح المتزوجين بقيمة T=3.622 نستنتج من ذلك أن المتزوجين لديهم مستوى منخفض من قلق الحالة ، وهذا راجع إلى أن البناء الأسري ووجود دعم معنوي من طرف احد الزوجين يخفف من حدة الصراعات النفسية وضغط الطاقة الجنسية ، فلتلبية الحاجة الجنسية ضرورية للفرد سواء كان معاق أو في صحة جيدة للتخفيف من حدة التوترات التي تصاحب

فترة البلوغ ، كذلك فان للدلالات الاجتماعية التي تنشا عنها رابطة الزواج ، تساعد الفرد العاق على نوع من التوافق الاجتماعي مع الغير رغم الصعوبات والمشاكل التي تنشاها الإعاقة مع تفاعل الفرد مع بيئته .

أما فئة العازبين من المعاقين فتمثل أعلى نسبة في درجة حالة القلق ، ويمكن تفسير ذلك إلى كون الإعاقة الحركية تحد من الفرص المتوفرة للمعاق للتفاعل الايجابي والمشاركة في الحياة الاجتماعية مثل باقي الأفراد .كما أن الشعور بالنقص الناشئ عن هذا الحرمان يجعل المعاق يشعر بعدم الأمن وعدم الثقة في المستقبل ، مما يجعله يبالغ في تقدير المواقف التي يمر بها وينظر إليها على أنها تشكل ضغوطا نفسية ، ويشعر بعدم القدرة على مواجهتها مما يجعله يشعر بحدة القلق .

فالحرمان من الحب يشعر الفرد المعاق بعدم الأمن وعدم الثقة وعدم الاستقرار النفسي مع انخفاض في تقدير الذات ، مما يؤثر على إدراكه للأحداث التي يمر بها. فالفرد يبالغ في تقدير المواقف الحياتية وينظر إليها على اعتباراتها مهددة لذاته ، مما يجعله في حالة قلق مستمر ويقلل من قدرته على مواجهة المواقف .سبيلبير جرو وآخرون (1984) .

فالقلق إذا مرتبط بتقدير الذات ، وهذا ما ذهب إليه جورج شام CRGESHAM ومايرmyer (1998) (2000) , حيث أوضح "مايرز "أن الأفراد القلقين لابد وأنهم يعانون من تقدير ذات سلبي ، ومن ثم لديهم الاستعدادات السلوكية للتوافق ومن ثم فهم يتمتعون بتقدير ذات مرتفع يعني انه كلما انخفض القلق إلى المستوى الطبيعي زاد تقدير الذات .

كما يشير اريك فروم Erik Froem إن القلق هو نتاج الضغوط الثقافية والبيئية ,وان القلق له قوة لها تأثيراتها على تكوين الذات و النفس , غير أن هده القوة تعيق إدراكه وتقلل من القدرة على التركيز , كما تعيق الفهم, فالشعور بالنقص والحرمان بمختلف أشكاله و خاصة الحرمان العاطفي و الشعور بعدم القدرة على ربط علاقة حميمية مع الطرف الأخر , وعدم القدرة على الزواج , يجعل المعاقين يقومون بالتقييم المعرفي السلبي , وهده التشوهات المعرفية تعيد إنتاج الخبرات السابقة, ويتم إسقاطها على مختلف المواقف .

فالقلق انفعال مبني كذلك على تقدير التهديد ويتضمن عناصر رمزية تكهنية لازاروس ، وينتج القلق عندما لا تستطيع الأنظمة المعرفية أن تمكن الشخص من أن يرتبط الفرد بطريقة ايجابية مع العالم المحيط به .

إن القابلية للإصابة بحدة القلق تحدث عندما تكون هناك بين ما يعيشه الفرد وبين ما يهدف إلى الوصول إليه ، فالاضطراب يأتي عندما تكون الأحداث التي يدركها الفرد على أنها تتعارض مع نظامه النفسي ، وعليه فان المواقف أما أن تلقى الإنكار أو تلقى تحريفا إلى الحد الذي تصبح معه صالحة للتقبل ويصبح التحكم الشعوري أكثر صعوبة عندما يسعى الفرد إلى تحقيق إشباعا لحاجات لا ترضى شعوريا بالاعتراف .

وفسر هذا سبيلبرجر بافتراض أن القلق المرتفع يعكس أيضا استعداد الشخص لإدراك تهديد لذاته في المواقف مما يعني أن استعداد الأشخاص ذوي القلق المرتفع لأدراك التهديد أعلى من الأشخاص ذوي مستوى القلق المنخفض .

وأشارت دراسات أخرى إلى أن الأشخاص المرتفعي مستوى القلق لا يدركون لا تهديد للذات في مواقف كثيرة فحسب ، بل أيضا يتشائمون في سوء حضهم وعدم كفاءتهم ، مما يكون له الأثر الكبير على احترام الذات ، وهذا ما تم رصده عن فئة المعاقين حركيا خاصة الغير متزوجين .

وأشار لازاروس (1966) أن توقع الخطر يؤدي إلى حالة من القلق المستمر، فأحداث الحياة والمواقف الضاغطة تجعل الفرد يشعر بعدم الأمن ، وانخفاض في قيم الذات ، مما يجعل الفرد ينظر إلى العالم على انه غير

امن ويتوقع منه الشر والمخاطر ، وهذا يؤثر في تقديره وإدراكه لمصادر تلك الأحداث الضاغطة ويقلق من قدرته على مواجهة تلك الأحداث .

فالمعاقين يحاولون تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي ويميلون إلى العزلة نتيجة لإحساسهم بعدن المشاركة أو الانتماء إلى الآخرين ن وهذا الاتجاه يختلف باختلاف أوضاعهم وحالتهم الاجتماعية ، فالإعاقة تؤثر كذلك على النمو الانفعالي والعاطفي الطبيعي للفرد المعاق ، فتظهر لديه الميل إلى الهدوء والحذر ، ويكون اتجاه سلبي نحو الآخرين .

الفرضيـــة الثامنـــة :

أما عن العلاقة الارتباطية بين مستوى حالة القلق وطبيعة النشاط ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق وطبيعة النشاط ن وجاءت العلاقة ضعيفة تقدر ب: C=0.18.

ويمكن أن نقول أن العمل يشكل دعامة أساسية في الاستقلالية المادية للفرد وتحقيق التوافق الاجتماعي في البيئة ، وتبرز أهميته بالنسبة للفرد المعاق في مدى اندماجه في الحياة الاجتماعية وتحقيقه لطموحاته وانجازاته من خلال العمل ولا شك أن البطالة تشكل عامل قلق وتوتر لكل فرد ن لكن مستوى هذا القلق يختلف من فرد إلى آخر ومن فئة إلى فئة أخرى .

أن الحصول على منصب عمل بالنسبة للمعاق يعد صعب للغاية ، وتختلف حالات البطالة بالنسبة للمعاقين حسب مستوى الإعاقة ومستوى العلاقات الاجتماعية التي يتميز بها المعاق والتي تسمح له بمزاولة النشاط المهني عن طريق الحصول على وظيفة إدارية أو القيام بأعمال حرة .

فالبطالة بالنسبة إلى هذه الفئة تؤدي الإصابة بالقلق وتزيد من حدتها الضغوطات اليومية التي يصادفها الفرد المعاق ، فالبطالة وما يصاحبها من مشاكل وضغوطات ليست مرتبطة بفئة المعاقين وحدهم بل هي مشتركة مع كل الأفراد العاديين وحتى مع الذين لديهم قدرات تؤهله لمزاولة مختلف الوظائف ، لكن هذه الأوضاع يشترك فيها كل الأفراد . فرؤية الآخرين وهم في نفس وضعيتهم والتقييم المعرفي لهذه الأوضاع والحكم عليها يساعد على وضع أساليب تساهم في التخفيف من حدة الصراع النفسي ولوم الذات ، باعتبار أن المشاكل الاجتماعية ومن بينها البطالة ومشاكل العمل هي مشاكل عامة تصيب كل فئات المجتمع وليست مرتبطة بفئة المعاقين ، ضف إلى ذلك أن بعض المعاقين يلقون الدعم من طرف بعض الأفراد وأفراد عائلاتهم كمساندة اجتماعية تمكنهم من التخفيف من حدة القلق .

الفرضيـــــة التاسعـــــة :

أما بالنسبة للعلاقة الإرتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس وبالتالي لم تتحقق الفرضية ، وهذا ما يتناقض مع العديد من الدراسات التي أكدت هذه العلاقة خاصة ما جاء في الإطار النظري حول الاكتئاب والتي بينت أن الاكتئاب يختلف مستوياته تبعا لمتغير الجنس ، حيث ترى منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإصابة بالاكتئاب عند النساء أكثر من الرجال ، ويرى البعض الآخر أن افتقار الفرد الآن إلى كثير من مصادر الدعم والحماية .

إضافة إلى ذلك ، فان دراسات أخرى تؤكد أن الاكتئاب في أي من مستوياته يرتبط بالضعف في الوظائف البدنية والاجتماعية جميعا ، كما أن دراسات أخرى أظهرت أن المرآة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب ، ويؤكد كالبرتون CALBERTON
(1997) إن النساء قد تفوق الرجال من حيث المعاناة والإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف ، وفي دراسة أخرى عند " سامر رضوان " (2001) حول انتشار الأعراض الاكتئابية عند الذكور والإناث وجد أن نسبة الاكتئاب عند الذكور تبلغ 4.9 % وعند الإناث 7.9 % كما تشير هذه الدراسة المذكورة إن الإناث يعانين من الاكتئاب درجة اشد ، مقارنة بالذكور . وفي دراسة ل: عبد الستار إبراهيم (1997) حول الاكتئاب أظهرت أن جنس الشخص ذكر أو أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عن ارتفاع مستوى الاكتئاب . وإنما تبدو الضغوط النفسية والاجتماعية التي تصيب فئات من المجتمع دون آخر ، والاحباطات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي والحواجز والصعوبات التي يلاقيها الأفراد في تحقيق رغباتهم وطموحاتهم في الحياة ، وهذه الصعوبات والعوائق تصيب فئة المعاقين دون غيرهم خاصة مشكلة التنقل والتصاميم الهندسية في الطرق والبناءات التي تعيق الحركة لديهم ، وبالتالي تحد من عملية التكيف وتشكل عامل إحباط وتمنعه من التحصيل المعرفي وتقاص من تفاعله الاجتماعي ، مما يضعف من خبراته الحياتية وتقاص من قدراته العقلية و تشعره باليأس والعزلة .
وهذا ما توصلت إليه دراسة فان روي VAN ROY (1957) والتي أكدت على أن الإعاقة الحركية تحمل معها كل الشروط التي تؤدي إلى الإحباط وتعرقل إشباع الحاجات المختلفة و تحد من استقلالية الفرد وتعيق تحقيقه لذاته ، وتؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية وانفعالات حادة .
** كما أن هنالك اعتقاد من أن الضغوط والاحباطات النفسية لها دور أكثر من الفروق الجنسية والبيولوجية بين الذكور والإناث .
ويرى سكينر SKINER أن الاكتئاب ناتج عن الانطفاء الذي يحدثه عدم وجود التعزيزات الاجتماعية الايجابية ويترتب عليه نقص المعلومات حول السلوكات الايجابية وعليه فان عزلة المصاب تزيد من حدتها مما يدعم الحالة الاكتئابية .
ويرى بيك كذلك أن الإصابة بالاكتئاب تعود إلى الأفكار السلبية حول معاقبة الذات والفقدان والحرمان ، وهذه النزعة السلبية التي يرى فيها الفرد نفسه فاقدا او فاشلا هي المسبب الرئيسي للاكتئاب .
ويمكن أن نقول إن الاستجابة أو السلوك الذي يصدر عن الفرد في الموقف الواحد هو سلوك نوعي خاص ، وان محدداته تكمن في الوقف الخاص الذي صدر فيه ، وهذا ما أكد عليه ميتشل MITCHEL حين (1996) رؤى أن هناك فروق داخل الفرد الواحد لكل جنس في الحالات النفسية ، فبعض الأشخاص أكثر تباينا في حين البعض الآخر أكثر ثباتا في السلوك .
فلو اتسق الأفراد في سلوكهم لسهلت عملية رصد الفروق بين الأفراد وبالتالي بين الجنسين في الاضطرابات النفسية ، وإنما تتباين سلوكهم على نفس الحالة ، وغالبا ما يؤدي إلى تباين في رصد الفروق الفردية داخل كل جنس على حدة ، وربما يرجع إلى طبيعة الحالة النفسية باعتبارها بعد يصف التغير في الزمن لدى الفرد الواحد .

الفرضيـــة العاشـــرة :

وفيما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير السن فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب ومتغير السن حيث قدرت قيمة العلاقة بين C=0.293 وهي دالة

، وبالتالي فان الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين $\propto$=0.01إحصائية عند مستوى مستوى الاكتئاب ومتغير السن قد تحققت ، وتؤكد هذه النتائج ما توصلت إليها دراسات سابقة حول الاكتئاب خاصة دراسة موس وشيفر (1986) والتي بينت أن التغيرات الانفعالية مرتبطة بالسن والكيفية التي يقدر بها الأفراد المواقف الضاغطة عليهم .

(1989) ، أن الراشدون كانوا اقل احتمالا للتنفيس COSTA et MACRAE ووجد باحثون آخرون أمثال الانفعالي عن إحباطهم وأكثر ضبطا لانفعالاتهم اتجاه الضغوط ، ويستخلص "رجب محمد" (1995) بان هناك فروق جوهرية في ردود الفعل الانفعالية للمواقف الضاغطة أو الأزمات لصالح الفئات الأكبر سنا ، بمعنى أن الأكبر سنا أكثر ضبطا انفعاليا .

" أن الاختلافات بين المراهقين والشباب في ردود الفعل الانفعالية يمكن MACRAE ويرى " ماكري تفسيرها في ظل العوامل الشخصية الثابتة نسبيا والمتكونة لدى كل فئة عمرية ، وكذلك تعود إلى الفروق في المواقف الحياتية الضاغطة المنتشرة بين كل فئة عمرية على حدا .

وهنا يمكن أن نلمس أكثر من فرق بين المعاقين في الحالات النفسية التي تم بحثها ، حيث بينت لنا أن الفئة العمرية الأولى أكثر اكتئابا من الفئة الثانية وأكثر شعورا بالضيق والتشاؤم والخوف من المستقبل ، وهذا يرجع إلى الفروق الموجودة بين فئة الشباب وفئة الكهول ، حيث أن التزايد في العمر والانتقال من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى وما يصاحبها من نمو في الخصائص والسمات الشخصية الثابتة نسبيا وخاصة الوجدانية والسلوكية والمعرفية لدى المعاق تزيد من درجة مرونة الفرد في استقبال وتحمل الموقف الضاغط .

نقلا عن رجب محمد (1994) ان السن عامل هام في تبني FORNHAM كما أشارت دراسة فور نهام الأساليب ، ويعد المزاج المكتئب الصفة الضرورية اللازمة لتشخيص حالة الاكتئاب ، فمعظم الراشدين المصابين به أفادوا بأحاسيسهم بالحزن وفقدان السعادة بيك (1967) ، والشعور بالتعاسة يصل إلى حالة الإحساس بالعجز (1983) . BOOTZINI et ACCOCELLA التام ،

إذ يصف الفرد نفسه بأنه يشعر بالضجر والسام واليأس والعزلة النفسية ، وكان يعتقد أن قابلية التأثير بالاضطرابات الوجدانية تختلف باختلاف العمر ، حيث يكون الأشخاص من متوسطي العمر والمتقدمين في السن هم أكثر وأعلى المجموعات العمرية تعرضا للإصابة بالاكتئاب ، غير أن العديد من الأطباء النفسانيين المعاصرين يرون أن الاكتئاب ينتشر بصورة متساوية بين الكبار والمراهقين والأطفال ، بالرغم من اختلاف صورة أعراضها من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى .

DAVIDSON et NEAL 1982 , BOOTZINI et ACCOCELLA 1984 .

الفرضيـ ـة الحاديـ ـة عشرة :

أما ما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين مستوى الاكتئاب والحالة الاجتماعية ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود وهي دالة C=0.38 علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب والحالة الاجتماعية حيث قدرت ب: " لدلالة الفروق بين المتوسطات ، T. ولمزيد من التفصيل قمنا بحساب اختبار " $\propto$=0.01 إحصائية عند مستوى الدالة ولصالح العازبين . $\propto$ وهي دالة عند مستوى0.01 = T= 3.62 وجاءت

وقد جاءت نتائج هذه الدراسة متماثلة مع دراسات أخرى ، كدراسة سامر رضوان (2000) حول انتشار وعند الإناث %الأعراض الاكتئابية ، إذ أوضح أن الأعراض الاكتئابية منتشرة عند الذكور وتبلغ نسبتها 4.9 7.9% 5.3 وعند الغير متزوجين 9.6% وعند المتزوجين ،% .

كذلك أكدت دراسة أخرى أن الأشخاص المتزوجين أو الذين لديهم علاقات حميمية يكونون اقل عرضة للإصابة بحدة الاكتئاب من غيرهم .

CROSS et HIRSCHFELD (1978) , MONER et DEPUE (1980) .

ويعتبر الدافع الجنسي من أهم الدوافع الفسيولوجية التي تؤثر على سلوك الانسان تأثيرا بالغا ، وقد ينشا عن الحرمان الطويل للرغبات الجنسية كثير عن الاضطرابات النفسية ، كذلك تأثر الإعاقة على كثير من المعاقين وتؤدي إلى الشعور بالنقص في أداء الوظائف الجنسية ، بالإضافة إلى عدم قدرة بعضهم على إقامة علاقات اجتماعية سوية مع المحيطين بهم ، ونظرة بعض فئات المجتمع السلبية إليهم ، كل ذلك يحد من تحقيق الحادة الجنسية .

أن النظم الثقافية السائدة لها الأثر في إعطاء تصور سلبي حول المعاقين حركيا خاصة النساء ، فالمرأة المعاقة في التصور العام لا يمكنها أن تحسن القيام بدور الزوجة ولا تستطيع أن تكون مثل باقي الأمهات .

فالمرأة المعاقة توجد في وضعية إقصاء من الزواج وحرمان من إمكانية تكوين أسرة أكثر من الرجل المعاق ، فالنظرة إلى المعاقين حركيا هي سلبية بالدرجة الأولى تتمثل في عدم الانسجام مع المعايير الطبيعية التي تسمح بتكوين حياة اجتماعية مثل الآخرين . وبشكل عام فان الكثير من المعاقين حركيا من الذكور أو الإناث محرومون من إمكانية تكوين علاقات طبيعية تسمح بتحقيق رغباتهم الجنسية والاجتماعية معا .

ويعود ذلك أيضا إلى التهميش الاجتماعي الذي يفرضه المجتمع وثقافته وتقيد إنتاجه مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي تظهر المرأة المعاقة في تصورات سلبية تتميز بالعبء على الآخرين وعدم التكيف الذي ينتج عنه الإحباط والاكتئاب .

ويرى بيك كذلك أن المكتئبين غالبا ما تحتوي أفكارهم حول معاقبة الذات والفقدان والحرمان بيك (1974) ، وهذا التميز السلبي الذي يرى الفرد نفسه فاقدا أو فاشلا هي السبب الأساسي في الاكتئاب .

الفرضيــة الثانيــة عشرة :

للتحقق من العلاقة الارتباطية بين مستوى الاكتئاب وطبيعة النشاط ، كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب ومتغير طبيعة النشاط حيث قدرت العلاقة بين $C=0.36$ وهي قيمة دالة إحصائية عند المستوى $\propto=0.05$.

ولمزيد من التفصيل بلغت الفروق بين المتوسطات الاكتئاب و طبيعة النشاط المهني $t=4.337$ وهي دالة إحصائية عند المستوى 0.01 وهي لصالح البطالين .

تتوافق هذه النتائج مع العديد من الدراسات التي بينت أن الجماعات في الطبقات المنخفضة ومن ذوي الدخل المحدود ، والأفراد الغير متزوجين من أكثر الجماعات عرضة للإصابة بحدة الأمراض النفسية كالاكتئاب والقلق والعدوانية مما يجعل أفراد هذه الجماعات عرضة للأخطار والأمراض النفسية أكثر من غيرهم . عبد الستار إبراهيم (1997) .

كما أن الاكتئاب تنتشر في الطبقات الفقيرة ، لأن الضغوط النفسية الاجتماعية المصاحبة للفقر وانخفاض الدخل تزيد أكثر في الطبقات الدنيا .

ويرى الاتجاه الاجتماعي الذي يتزعمه" براون BRAWN " أن أحداث الحياة وصعوباتها وخاصة الأصل الاجتماعي أي الإنتماء إلى الطبقات المحرومة إجتماعيا من العوامل التي تثير الاكتئاب ، حيث تتفاعل العوامل التي تثير الاكتئاب مع العوامل التي تشكل العرض ،حيث يقود التفاعل إلى نوع من التقييم الذاتي على هيئة نقص

مشاعر القيمة والذاتية واليأس وفقدان الأمل ونقص محاولات المواجهة الذي يقود بدوره إلى الاكتئاب ، وتتمثل الاستعدادات المسبقة في عدم وجود علاقة اجتماعية حميمية داعمة إنفعاليا وإيجابية ، والبطالة ، ومثل هذه العوامل تكثر ملاحظتها في الطبقات المحرومة إجتماعيا .

ولقد اثبت "هيرشفيلد "وزملائه ، أن الأشخاص الذين لديهم الإستعداد للإصابة بمرض الاكتئاب النفسي يميلون لأن يكونوا من الفئة التي تعاني من شعور منخفض بإحترام الذات بصورة مزمنة ، كما إعتبر " بيك " أن الاكتئاب النفسي يحدث للمواقف التي يمكن اعتبارها محطة لإحترام الذات .

بينما رأى " ماكرن " أن الاكتئاب هو استجابة مباشرة لانخفاض إحترام الذات ، ففي المجتمع الحديث أين العامل المادي والاقتصادي يشكل العامل الرئيسي في الحياة اليومية، حيث ترتفع معنويات من يملك الوسائل المادية والقدرات المالية ، ويكتئب من لا يملك ذلك .

وفي هذا الإتجاه أوضح " ليفنسون " و " ليبيت " في دراسة لهما أن الاكتئاب ناتج عن نقص المعززات الإيجابية حيث وجد أن ميزاج الشخص يتغير تبعا لعدد الأحداث السارة وغير السارة التي يمر بها المصابين LEVINSON et AL

(1980) ، فالبطالة المستمرة كحدث مستمر و متتابع يؤدي إلى شعور المعاقين بالخيبة والزيادة في العجز في مواجهة مختلف المواقف الحياتية ، وهذا ما يؤدي إلى الإستسلام التام للإعاقة ، ويصبح الإعتقاد السائد لدى المعاقين حركيا بعدم جدوى تغيير الأوضاع .

ويشير إلى ذلك " سلجمان " أن أسباب العجز هي إعتقاد الفرد العاجز بلا جدوى الفعل ، أي أن الفرد العاجز هو الذي تعلم ويعتقد بعدم قدرته السيطرة على المتغيرات المؤثرة في حياته .

ويرى SCHWOB " أن العجز مرتبط بشعور الفرد بعدم التحكم في وضعيات معينة يقوده إلى إكتساب " عجز، وتعلم عجز اتجاه هذه الوضعيات، لذا فإن الكثير من المعاقين ينظرون إلى عدم إمكانية حصولهم على منصب عمل أو القيام بمجهودات تهدف إلى ذلك ، فالتشاؤم نحو الذات والمستقبل وإسناد المواقف الحرجة إلى عوامل ذاتية تارة وخارجية تارة أخرى يشكل عجز دائم ومتواصل يؤثر على مستقبل هذه الفئة .

فالبطالة كواقع سلبي لدى العديد من المعاقين يزيد من إستمرارية المكتئب في تفسيراته السلبية حول المجتمع الذي ينعدم فيه الأمل ويزيد من إستسلامه لليأس ، وهنا تصبح المنظومة المعرفية السلبية أكثر سيطرة على الفرد تقوده تدريجيا إلى الاكتئاب الحاد .

ويعتقد "بيك" أن مشاعر البؤس والحزن المصاحبة للإكتئاب تتحرك عن طريق ميل الفرد لتفسير خبراته ضمن حدود الحرمان والنقص والإنهزام ، وقد نجد الكثير من التصرفات تعبيرا داخليا عن المعانات والألم النفسي .

ضف إلى ذلك أن الحواجز البنائية من طرق ونوعية الهياكل، من العوامل التي تحد من عملية تكيف المعاق حركيا ، فهي تحيط به وتمنعه من التحصيل العلمي أو الحصول على وظيفة وتقلص من تفاعله الاجتماعي . مما يضعف من خبراته الحياتية وتقلص من قدراته العقلية وتشعره باليأس والعزلة وتؤدي به إلى الإصابة بمختلف الاضطرابات ، فيواجه المعاق حركيا هذه الحواجز في الطريق إلى بيته وفي الحي والمدرسة ووسائل النقل ... فكل التصاميم الهندسية لم تراعى فيها التصميم الخاص بالمعاقين، الذي يسهل من عملية تنقلهم ويخفف من معاناتهم اليومية، وهذا ما لاحظناه عند المعاقين حركيا فأغلب المشاكل مرتبطة بتنقلاتهم والعبء الذي تحدثه على أنفسهم وعلى أفراد عائلاتهم ، وبالتالي فإن الكثير من المعاقين لايستطيعون الحصول على منصب عمل، خاصة وأنها تتطلب الحركة ، فالحصول على منصب عمل يعني الإستقلالية الفردية عن الآخرين ، وتلبية الحاجات الأساسية

خاصة أن أغلب المعاقين تتجاوز أعمارهم سن الرشد ، وهذا ما يؤكد أن الفئة التي تحصل على منصب عمل أقل إكتئاب من الفئة التي لا تملك منصب عمل .

الاستنتــاج العــام:

يشكل موضوع الضغوط النفسية مجالا واسعا للبحث و التحليل، كما أن التعامل معه يعتبر أكثر تعقيدا نظرا لإختلاف الكيفية التي يستجيب بها الأفراد و الأساليب التي يستعملونها للتعامل مع هذه الضغوط.

و قد صممت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية و علاقاتها مع مستوى القلق و الإكتئاب لدى المعاقين حركيا و كذلك تحديد بعض المتغيرات الرئيسية المرتبطة بمستوى الإستجابة للضغوطات و الإضطرابات النفسية التي تنشأ عنها فبد تطبيق مقاييس الدراسة و جمع النتائج و معالجتها إحصائيا، بينت النتائج عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين إستراتيجيات الضغوط النفسية المركزة حول المشكل و مستوى حالة القلق المنخفضة و بالتالي لم تتحقق الفرضية الأولى التي ترى أنه كلما كانت استراتيجيات التعامل مع متركزة حول المشكل يكون مستوى القلق منخفض .

أما بالنسبة للعلاقة بين إستراتيجيات التعامل المتركزة حول المشكل و مستوى الإكتئاب فقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة بينهما و بالتالي لم تتحقق الفرضية الثانية التي ترى أنه كلما كانت إستراتيجيات التعامل النفسية متركزة حول المشكل يكون مستوى الإكتئاب منخفض.

كما توصلت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المتركزة حول الإنفعال و مستوى حالة القلق، و بالتالي لم تتحقق الفرضية الثالثة التي ترى أنه إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية يكون مستوى حالة القلق مرتفعة .

كشفت نتائج الدراسة كذلك عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية المتركزة حول الإنفعال و مستوى الإكتئاب المرتفع و عليه لم تتحقق الفرضية الرابعة التي ترى انه كلما كانت إستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية متركزة حول الإنفعال يكون مستوى الإكتئاب منخفض .

أما عن علاقة مستوى حالة القلق و متغير الجنس، فقد أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير الجنس ،إذ أن الإعاقة و ما تحمله من أثر نفسي تجعل من الصعب تجنب إضطراب القلق و حدته، خاصة أن تفاعل المعاق مع البيئة و ما تشكله الإعاقة من في أداء الوظائف الحياتية تجعل الإستجابة للقلق طبيعية و لا تخضع بالضرورة إ لي متغير الجنس،و عليه لم تتحقق الفرضية الخامسة التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير الجنس .

أما بالنسبة للعلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن فقد كشفت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير السن حيث جاءت العلاقة ضعيفة و يمكن تفسير ذلك بأن الصراعات و الأفكار المؤلمة و الخوف من المستقبل لدى العاقين حركيا يشمل جميع الفئات العمرية و عليه لم تتحقق الفرضية السادسة التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين حالة القلق و متغير السن .

أما عن العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير الحالة الإجتماعية فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية ، و عليه تحققت الفرضية السابعة التي ترى أنه هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و الحالة الإجتماعية .

كذلك أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط المهني و يمكن تفسير ذلك يكون أن حدة المشاكل الإجتماعية ومن بينها البطالة و ظروف العمل غير المستقرة تشمل مختلف الأفراد و ليست خاصية مرتبطة بالمعاقين وحدهم و إن وجدت الفروق فهي ضعيفة . و عليه لم تتحقق الفرضية الثامنة التي ترى أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط المهني .

أما بالنسبة للعلاقة الإرتباطية بين مستوى الإكتئاب و متغير الجنس فقد كشفت نتائج الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير الجنس و يمكن تفسير ذلك بكون أن الإحباطات المرتبطة بالإعاقة و الفشل في تحقيق الطموحات الفردية التي تصيب المعاقين دون غيرهم و هذا على إختلاف جنسهم إذ أن الإحباطات الناتجة عن التفاعل السلبي بين الحواجز التي تشكلها الإعاقة من جهة و البيئة تؤدي إلي الإصابة بحدة الإكتئاب سواءا بالنسبة للذكور أو الإناث و عليه لم تتحقق الفرضية التاسعة التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير الجنس.

و كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة إحصائيا بين مستوى الإكتئاب و متغير السن و تؤكد هذه النتيجة ما توصل إليه " موس و شيفر "1986 و التي بينت أن التغيرات الإنفعالية المرتبطة بالسن و الكيفية التي يقدر بها الأفراد المواقف الضاغطة عليهم و عليه فقد تحققت الفرضية العاشرة التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و متغير السن .

أما بالنسبة للعلاقة بين مستوى الإكتئاب و الحلة الإجتماعية ، فقد أكدت نتائج هذه الدراسة وجود علاقة دالة إحصائيا بين مستوى حالة الإكتئاب الحالة الإجتماعية ، و بالتالي فقد تحققت الفرضية الحادية عشر التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإكتئاب و الحالة الإجتماعية ، فكون المعاق حركيا متزوج أو أعزب لها علاقة بإرتفاع أو إنخفاض حدة الإكتئاب .

أما بالنسبة للعلاقة الإرتباطية بين مستوى حالة القلق و طبيعة النشاط فقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين مستوى الإكتئاب و طبيعة النشاط المهني حيث تشكل البطالة عامل ضغط بالنسبة للعاقين بحيث تحد من تفاعلهم مع المجتمع و تزيدهم تبعية نحو الآخرين في المستلزمات و الحاجيات اليومية ، و يشكل العمل نوع من الإستقلالية و إبراز الوجود الإجتماعي كعامل من العوامل يستعمل للتخفيف من حدة الإكتئاب، و عليه فقد تحققت الفرضية الثانية عشر التي ترى أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب و طبيعة النشاط .

المراجع

1-قائمة المراجع باللغة العربية :

1- قاسم حسين صالح (2002) : علم النفس الشواذ ، دار الشؤون الثقافية ، بغداد .
2- مدثر سليم أحمد (2002) : الصحة النفسية ، المكتب العالمي للكمبيوتر ، الإسكندرية .
3- إبراهيم إسماعيل (1989) : عوامل الصحة النفسية السليمة- جامعة التربية ،مصر.
4- فرويد سجموند (1962) : الكف و العرض و القلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، ديوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر.
5- ياحي محمد نصر الدين (1991) : الضغط و القلق و الحالات العصبية ، دار الهدى – عين مليلة – الجزائر .
6- شيهان دافيد (1988): مرض القلق ، عالم المعرفة –الكويت .
7- الخالدي أديب(2002) : المرجع في الصحة النفسية ، الدار العربية للنشر ، الطبعة الثانية ، المكتبة الجامعية ، ليبيا .
8- منى حسن (2001): الصحة النفسية ، الدار الكندي للنشر و التوزيع .
9- أمين القريطي عبد المطلب (1998) دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى ، القاهرة .
10-محمد شاذلي عبد الحميد (2001): في الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الطبعة الثانية ، مصر.
11- الحجار محمد (1989): الطب السلوكي المعاصر ، دار العلم للملايين ، بيروت ، لبنان .
12- العيسوي عبد الرحمان (1997): سيكولوجية الإعاقة الجسمية و العقلية مع سبل العلاج و التأهيل ، دار الراتب الجامعية .
13- عبد الرحمان ، عبد الله محمد (1994): سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية ، دار المعفة الجامعية ، الإسكندرية .
14- الروسان فاروق (1989): سيكولوجية الأطفال غير العاديين ،مقدمة في التربية الخاصة ، جمعية عمال المطابع التعاونية ، عمان .
15- محمد السيد فهمي (1983): السلوك الإجتماعي للمعوقين ، دراسة في الخدمة الإجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .
16- سرحان وليد ، الخطيب جمال ، حباشنة محمد (2001) :الإكتئاب ، دار مجدلاوي للنشر و التوزيع ، الطبعة الاولي – عمان - الأردن .
17- عبد الرحمان محمد السيد :2000علم الإمراض النفسية و العقلية : الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة

18- محمد العيساوي عبد الرحمان (2001): الجديد في الصحة النفسية ، منشأة المعارف ، الإسكندرية ، مصر .
19- عثمان الصديقي سلوى(2003): خدمة الفرد في محيط الخدمة الإجتماعية : الأسس النظرية و ألإتجاهات العملية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .
20- سيد يوسف جمعة (2001): النظريات الحديثة في تفسير الأمراض النفسية ، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة .
21- عسكر علي (2002): ضغوط الحياة و اساليب مواجهتها : الصحة النفسية و البدنية في عصر التوتر و القلق ، دار الكتاب الحديث ، الكويت .
22- عيد محمد ابراهيم (2002): الهوية و القلق و الإبداع ، الطبعة الأولي ، دار القاهرة .
23- ماركس .إيزاك .م (1978): ترجمة نجاتي محمد عثمان ، دار الشروق ، الكويت .
24- السيد عثمان فاروق (2001): القلق و إدارة الضغوط النفسية ، الطبعة الأولي دار الفكر العربي ، القاهرة .
25- ابراهيم عبد الستار (1988): الإكتئاب : اضطراب العصر الحديث ، فهمه و أساليب مواجهته ، عالم المعرفة ، الكويت .
26- ليفيت يوجين ، لوبين برنارد ، ترجمة عبد العظيم الطويل عزت .(1985):سيكولوجية الإكتئاب ، دار المريخ للنشر ، الرياض .

27- السبعي عدنان (1982): في سيكولوجية المرض و المعاقين : الشركة المتحدة للطباعة و النشر الطبعة الأولي ، مصر .
28- كمال عبده بدر الدين ، سيد حلاوة محمد (1999): رعاية المعاقين سمعيا و حركيا ، المكتب العالمي للنشر و التوزيع ، الإسكندرية .
29- محمد حمزة مختار (1997): سيكولوجية المرضى و ذوي العاهات ، دار المعارف ، الطبعة الثانية ، مصر.
30- عبد الرحيم فتحي السيد (1983): قضايا و مشكلات في سيكولوجية الإعاقة و رعاية المعوقين ، النظرية و التطبيق .
31- لازاروس ريتشارد (1984): ترجمة غنيم سيد محمد ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر .
32- طه عبد القادر فرج (1993): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي ، دار سعاد الصباح ، مصر.
33- غريب عبد الفتاح غريب(1988): مقياس بيك للإكتئاب ، الطبعة الثانية ، مكتبة النهضة المصرية .

34- بتروفيسكي .أ .ف ، ياروشفسكي (1996): معجم علم النفس المعاصر ، ترجمة عبد الجواد حمدي ، رضوان عبد السلام ، دار العلم الجديد ، القاهرة .
35- نعيم الرفاعي (1972): الصحة النفسية ، المطبعة الجديدة ، الطبعة الثالثة ، دمشق .
36- حنفي عبد المنعم (1987): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي ، مكتبة مدبولي .مصر .
37- المصالح حسن : الطب النفسي و الحياة : دار الصحة ، جدة ، السعودية .
38- جير الزواد فيصل محمد (1984): الأمراض العصابية و الذهانية و الإضطرابات السلوكية ، دار القلم ، بيروت ، لبنان.
39- الأنصاري بدر الدين (1998): دراسة مقارنة لبعض الحالات النفسية لدى طلاب الثانوي و الطلاب الجامعي ، جامعة الكويت .
40- عبد الرحمان محمد السيد (2000): علم الأمراض النفسية و العقلية ، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
41- بدر الدين كامل عبده (2002): الإعاقة في محيط الخدمة الإجتماعية ، الإسكندرية ، مصر .
42- العيسوي عبد الرحمان (2002): موسوعة علم النفس و علوم التربية، داركراب لعلم النفس ، الكويت .
43- العزة سعيد حسني (2000): الإعاقة الحركية و الحسية ، دار العلمية الدولية للنشر و التوزيع ، عمان – الأردن.
44- ماجدة السيد عبيد (1999): الإعاقات الحسية و الحركية ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان ـ الأردن .
45- عسكر عبد الله (2001): افكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص ، المكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة ، مصر.
46- الحولي محمد هشام (2002): الأساليب المعرفية و ضوابطها في علم النفس ، دار الكتاب الحديث، مصر .
47- السيد شخص عبد العزيز ،الدماطي عبد الغفار (1992): قاموس التربية الخاصة ، جامعة الملك سعود ، الرياض .
48- كراجة عبد القادر (1997): القياس و التقويم النفسي في علم النفس – دار اليازوردي العلمية للنشر و التوزيع ، عمان ، الأردن .
49- الجسماني عبد العلي (1998):الأمراض النفسية ، الدار العربية للعلوم ، بيروت ، لبنان .
50- راجح احمد عزت (1985): اصول علم النفس ، دار المعارف مصر .
51- شاهين محمد (1988): تفهم المشكلات النفسية للمعرفة كوسيلة للحد من اللإعاقة ، المؤتمر الرابع لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة و المعوقين .
52- فراج عثمان لبيب (1986): فلسفة و وسائل دمج المعوقين في المجتمع ، إتحاد هيئات رعاية فئات خاصة ، العدد الثامن ديسمبر .1986
53- سامر جميل ، رضوان (2001): الصورة السورية لإختبار "إيزينيك" للشخصية ، المجلة التربوية ، جامعة الكويت .
54- حصمي انطوان (1991): أصول البحث في علم النفس ،دمشق ، منشورات جامعة دمشق .
55-عبد الخالق احمد محمد (1987): الأبعاد الأساسية للشخصية دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ،مصر.
56- فونتانا ديفيد (1994): الضغوط النفسية ، ترجمة حمدى علي الفرماوي ، رضا عبد الله ابو سريع ، مكتبة الأنجلومصرية ، القاهرة .
57- سبيلبرجو و جو ستس ولشي (1997): قائمة حالة ،سمة القلق ، تعريب أمنية كاظم (1995): الأومات النفسية ، العاطفية ، مشاكل و حلول ، دار النهضة العربية ،بيروت .
58- راغب نبيل (2003): أخطر مشكلات الشباب : القلق ، العنف ، الإدمان ، الإكتئاب ، دار غريب ، القاهرة .
89- عبد المنعم الحنفي (1978): موسوعة علم النفس و التحليل النفسي : انجليزي ـعربي ، مكتبة مدبولي ،بيروت .
70- علي القئمي (1996): الأطفال و مشاعر الخوف و القلق ، مكتبة فخراوي ، بيروت .

71- عويد سلطان المشعاف (1995): دراسة الفروق في الإكتئاب بين المراهقين و الشباب في الكويت، المجلة التربوية ، عدد 37 ، مجلد.10
72- الإنصاري بدر الدين (1997): الإكتئاب و العدوان // دراسة لمعدلات الانتشار في المجتمع الكويتي ، مكتب الإنماء الإجتماعي ، الديوان الأميري ، الطبعة الأولي .
73- العبروسي ربيع : علاقة مركز التحكم و تقدير الذات بأصل الإعاقة الحركية السفلي .(رسالة ماجستير غير منشورة).
74- ولد يحي حورية (2001): علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بمرض الربو .(رسالة ماجستير غير منشورة).

المجـــلات :

75- مجلة الثقافة النفسية : العدد 23- المجلد 6-تموز 1995،ص.65
76- مجلة الثقافة النفسية : العدد 38-المجلد 10- شباط فبراير – 1999.ص.53
77- الثقافة النفسية : العدد 33. المجلد 9.كانون الثاني .1998.ض.30
78- الثقافة النفسية : العدد 24. المجلد 6-تشرين أول .1995
79- مجلة العلوم الإنسانية .عدد 14-ديسمبر 2000. أثار الإعاقات على أسر ذوي الإعاقة .عبد الخالق يوسف الختاتية .ص.27
80- دراسات : العلوم الإنسانية ، مجلة علمية متخصصة ،عمان ، العدد الأول :منى الحديدي ، جمال الصمادي ، جمال الخطيب.(1994)ص7
81- دراسات العلوم الإنسانية ،مجلة علمية متخصصة ـالمجلد 22، العدد الخامس (1995) ، الضغوط النفسية و الدعم الإجتماعي لدي أبناء و أمهات الأطفال المعاقين في مينة عمان ،ص23-.29
82- الثقافة النفسية المتخصصة : العدد 32-المجلد8- اكتوبر1997 ردود الأفعال النفسية لذوي الطفل المعاق ،محمد صالح فلاج ص.27
83- دراسات في العلوم الإنسانية و الإجتماعية 2004 ،دراسة مدى تأثير المعاملة الوالدية على الإكتئاب و استراتيجيات الكوبين عند الأبناء ، كشرود هدى، بوسنة محمود ، ص.139
84- مجلة الثقافة النفسية ، العدد 20، المجلد 5 (1994) الفقر و الإكتئاب النفسي ، جون برتشنل .ص.65
85-مجلة الثقافة النفسية ، العدد 24 المجلد 6- 1995 ، النظريات المعرفية للإكتئاب ،محمد قاسم عبد الله ، ص.128
86- مجلة الثقافة النفسية : مركز الدراسات : العدد 24، المجلد 6- 1995، حسن المالح ، القلق العام و نوبات القلق الحاد (الهلع) المظاهر و الأسباب و طرق العلاج ، ص.29
87- الثقافة النفسية : العدد 19، المجلد 5، 1994 ، احمد محمد عبد الخالق ، دراسة تطورية للقلق ، ص82.

2-قائمة المراجع باللغة الفرنسية :

88-REID LOUISE (2001) : TARIR La source de l'anxieté : les éidtions quebecor .CANADA .
89-BERNARD Pierre – schneider . RATO (1980) : la dépression , géneve .
90-POUTANIER Julliette (1947): L'angoisse : press Univercitaire DE France , PARIS .
91-SCHWOB Marc (1999) : Le stress : dominos flamarion , France .
92-DESLANDE Rolandes , l'Eclerce danielle (2003) : ressource personelle et detresse psychologique , CANADIEN JOURBAL OF BEHAVIOURAL SCIENCE .
93-TATOSSIAN .A (1984) : la vie faute de mieuse : les déprimés , midi prent édition ; France .
94-HUSAIN Odile , MERCERON COLLETTE . Rossel Frieda (2001)
Psychopathalogie et polysémie , édition payot Lausanne , France .
95-KINGDOM Roger (1972) : the ground work of engish stress : longman , london .
96-BLOOM Harold (1992) , The Anxiety of influence , oxford , University press , new york , U S A .
97-RAUILON Frederic , martineaux Caroline (1990) : De pression et rechute de pressive , ARDISE Medical , Paris .
98-SPIELBERGER C-D : Auxiety , current trends in thory and research ,new york ACADEMY press : p : 23-49 .
12-STORA.B (1991) : le stress ; edition dahleb Alger
99-tache .j .seyle .h (1972) on steess and coping mecanise -stress and anxiety vol 10
100-MONAT .a. and R LAWAROS(ESS)(1977) stress and coping COLOMBIA 1989 university press u.s.a
101-TURCATTE p.r (1989) : qualité de vie aux travail : anti stess et créativité , édition organisation anisation .Paris
102- JOLLY ANNE (1998) : étude sur le stress :thèse de DOCTORA, Paris .
103-le FEVRE Lucien et DELCHET Richard (1987) : Encyclopedie moderne D'Education , l'education des Enfant et adolescent Handicapés , Paris .
104-HARIOT Peter (1975) : Essential psychoLogy , murthusand , London, Great Britain .
105-LAZARUS .R. and S.Folkman (1984) : stress apparaisal and Coping, springer , NEW-YORK.
106-HERNANDEZ Chrestian (1978) : Handicaps . Handicapper , édition Socials , France , 1978 .
107-Séylé . H : Le stress de la vie et les maladie D'adaptation , édition Gallimard Paris .
108-BenSabat , S , SELEY , H , (1980) : De grands Specialiste Répondent, édition HACHETTE , PARIS .
109-COTTRAUX , J, (1990) : Thérapie Cognitive de la depression , édition Masson , Paris .
110-FOLKMAN, S , LAZARUS , GRUEN , R , J , delongis ,A (1986) : Appraisial , Coping , Health , status and psychological Symptoms . Journal of personality and social psychology 1 , p 571 .

111-DANTCHEV , N (1989) : Strategie de Coping et patern , Revue de Medecine psychosomatrice , 17/18 , p22 .
112-FERRERI , M , VACHER , YET ALBEY , J , M (1995) : Depression et évenement De vie , EMC , édition technique , Paris .
113-PAUL HAN , 1 , Baurgecrs , M (1998) : Stress et Coping , les strategie, D'a Justement a l'adversite , édition p u F , France .
114-HERNANDEZ , Chrestian (1978) : Handicaps , édition social , France .
115-COSTA , p .t , ZANDERMAN , A , B et MCCAUS , R , R (1991) : personality , adaptation , Coping , and Adaptation molder , in E.M .CUMMINGS , AL.GREENE . K .

قائمة المواقع الالكترونية :

1)-WWW.UNIG.CH/Cyber document .these 2003 .
HAZANOV Boskovitzo . these .
2)-www.yabado.com .
3)-www.sypatico .ca / Njacob / stress indicidi .
4)-www.ARAB.2000.NET .
5)www .MEKAOUIS .NET .
6)-www.ANNABAA.org .
7)-wwww.Moteur lie .aff .asso .FR.
8)-www.yrub.com .
9)-www. elazamen .com .
10)-www. Ben talrafedain . com .

بغيجة لياس

استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية **الكوبين** و علاقتها بمستوى القلق و الاكتئاب لدى المعاقين حركيا